RELATÓRIO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E DESEMPENHO

GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

ARAUCÁRIA/PR

FEVEREIRO/2022

Sumário

1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO 4
2. OBJETO: 4
3. INTRODUÇÃO 4
4. PERÍODO DE APURAÇÃO DOS DADOS: 4

HISTÓRIA 5

OBJETIVO 7

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA 9

A) Indicadores: Taxa de Ocupação: 9

B) Indicador: Média de Permanência: 20

C) Indicador: Monitoramento da permanência 27

D) Indicador: Taxa de suspensão de cirurgias: 28

E) Indicador: Taxa de cesárea 29

F) Indicador: Acompanhamento das taxas de mortalidade 35

G) Indicador: Taxa de acolhimento com classificação de risco (indicadores G.22 ao G.29): 42

H) Indicador: Notificação de Agravos 64

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE 65

I) Indicador: Taxa de infecção Hospitalar: 65

J) Indicador: Incidência de queda do paciente: 70

K) Indicador: Incidência de úlcera por pressão: 71

L) Indicador: Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura: 72

M) Indicador: Taxa de adesão aos protocolos do eixo crítico: 73

N) Indicador: Ação interna com funcionários, visando a segurança do paciente 74

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE 75

O) Indicador: Regulação de leitos psiquiátricos: 75

P) Indicador: Regulação do Serviço de apoio diagnóstico terapêutico: 76

Q) Indicador: Regulação das primeiras consultas: 77

R) Indicador: Informação dos censos da UTI: 78

S) Indicador: Informação dos censos do Pronto Socorro: 79

T) Indicador: Qualidade da alta hospitalar: 80

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL..... 83
U) Indicador: Percentual de Registro Hospitalar: 83
V) Indicador: Manifestações da Ouvidoria:..... 85
W) Indicador: Atividade das comissões obrigatórias:..... 87
X) Indicador: CNES atualizado. 89
Y) Indicador: Prontuário Eletrônico/Digital preenchido e completo. 90
Z) Indicador: Educação permanente. 91
METAS QUANTITATIVAS 93
A) Indicador: Equipe Médica do HMA 93
B) Indicador: Internamento/Saídas Hospitalares - HMA 94
C) Indicador: Cirurgias Eletivas - HMA..... 95
D) Indicador: Ambulatório - HMA 96
E) Indicador: Cirurgias Ambulatoriais Eletivas - HMA 98
F) Indicador: SADT - Exames Eletivos - HMA 99

1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO

Número do Contrato:	103.2021
Número do Processo:	108.142/2021
Conveniado:	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES
CNPJ	73.027.690/0001-46
Tipo Beneficiário:	Entidade Filantrópica
Interveniente:	Sem interveniência
Município:	Chavantes

Natureza da Despesa:
3.3.50.43.00.00 3.3.90.39.50.30
Fonte dos Recursos: 1000 / 3000 1303 / 3303 1496 / 3496

2. OBJETO:

Gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Municipal de Araucária (HMA).

3. INTRODUÇÃO

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE – O.S.S.

Fundação: 31 de agosto de 1923.

Constituição jurídica: Associação civil de direito privado, sem fins lucrativos e filantrópica.

Atuação: Saúde, Educação e Assistência Social.

Unidade Própria: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Chavantes

4. PERÍODO DE APURAÇÃO DOS DADOS:

Fevereiro 2022

HISTÓRIA

A Santa Casa de Misericórdia de Chavantes – SCMC é uma entidade privada, sem fins lucrativos, fundada no ano de 1923. Possui unidade própria, o Hospital da Santa Casa de Chavantes, que funciona ininterruptamente há mais de 90 anos, atendendo a população da cidade de Chavantes e região do Departamento Regional de Saúde – DRS de Marília.

Em 2020, com a experiência de seus diretores e conselheiros, que atuam há mais de 15 anos em Gestão de Equipamentos de saúde, tornou-se uma Organização Social de Saúde – OSS, estando capacitada a formalizar contratos de gestão com os mais diversos entes governamentais.

O corpo diretivo da SCMC é composto por profissionais das mais distintas categorias, que objetivam a união de esforços e seus conhecimentos para atingir com excelência a qualidade de serviços.

Dito isto, considerando que a Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, a qual possui vasto know-how e expertise no gerenciamento de serviços de saúde e capacidade para contribuir na gestão a Saúde, com o objetivo de garantir atendimento em saúde oportuno e qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática organizacional, bem como os recursos humanos necessários à operação e funcionamento das Unidades e serviços contratados, visando o atendimento, a integralidade e a multidisciplinaridade da atenção de acordo com os padrões, diretrizes e protocolos assistenciais, buscando atingir os objetivos, a seguir:

MISSÃO:

Promover Saúde Pública com a eficiência do setor privado.

.

VISÃO

Ser modelo e referência em gestão de serviços de saúde no terceiro setor

.

VALORES

- Transparência
- Resolutividade
- Lealdade
- Integridade
- Compromisso
- Ética

.

OBJETIVO

- ✓Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor, com equipe técnica qualificada para atuação no atendimento de usuários do SUS, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações;

- ✓Promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

- ✓Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos e cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;

- ✓Estabelecer rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais;

- ✓Atender os pressupostos e princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, serão observados, assim como, os princípios da acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, responsabilização e humanização;

✓Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Contrato de Referência;

✓Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, através da integração dos sistemas de informação nos níveis primário e secundário;

- ✓ Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- ✓ Maior agilidade para operacionalização dos serviços;
- ✓ Dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para melhoria do gerenciamento dos serviços;
- ✓ Utilização dos recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
- ✓ Priorização da avaliação por resultado.

A seguir, apresentamos através de gráficos os Indicadores de Qualidade, Monitoramento e Desempenho.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA

A) Indicadores: Taxa de Ocupação:

O relatório para verificação da taxa de ocupação por unidade de internação e ocupação em geral é extraído do sistema interno TasyRel 03 vezes ao dia para verificação in loco (leito a leito), as movimentações de leito e setor no sistema interno são efetuadas em tempo real, sendo ajustado o sistema conforme a ocupação real do paciente, além do controle de admissões e alta que é realizado pelo NIR – Núcleo Interno de Regulação.

Para o cálculo do percentual utiliza-se como base o relatório das 07:00 horas da manhã, e os dados são transcritos para uma planilha de controle diário para melhor visualização dos números diários por leito e setor.

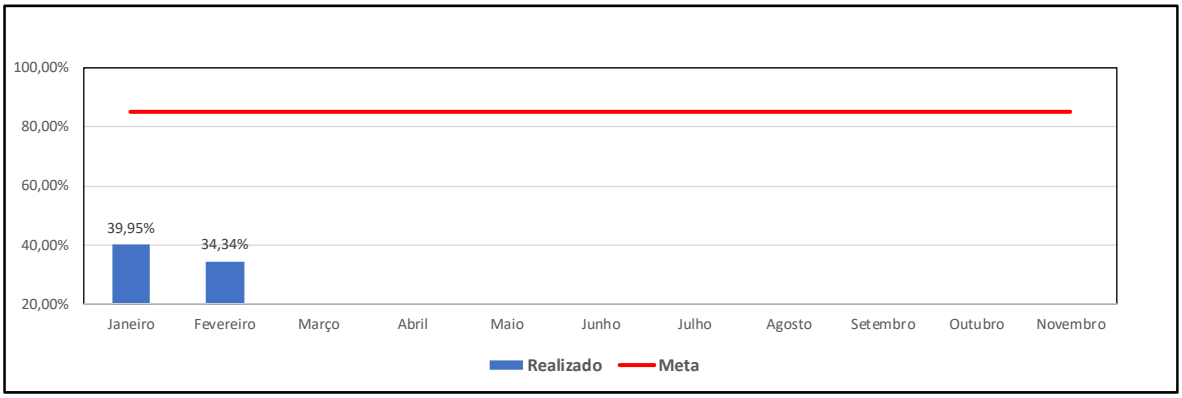
Seguem os anexos em mídia digital (cada relatório contém a quebra por setor de ocupação):

- ✓ Anexo 1 ao 28 Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363);
- ✓ C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência

Figura 01. Taxa de ocupação da Pediatria ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - PEDIATRIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Realizado	39,95%	34,34%									
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 125/364 x 100 = 34,34%

Meta não realizada apesar de atendermos toda a demanda solicitada pelo Município, ocorreram no período 03 transferências externas para hospitais com serviços em especialidades não habilitadas no serviço, além das internações com indicação de isolamento por quadro pandemico na clínica pediátrica tendo a necessidade de bloquear 18 leitos/dia no mês.
A SCMC dispõe de equipe técnica e infraestrutura para atendimento a demanda espontânea do município de Araucária e/ou regulados via NIR.

Plano de ação:
Análise e verificação junto a SMSA para revisão da metodologia de acompanhamento mensal das metas, considerando o perfil histórico de ocupação.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363). Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

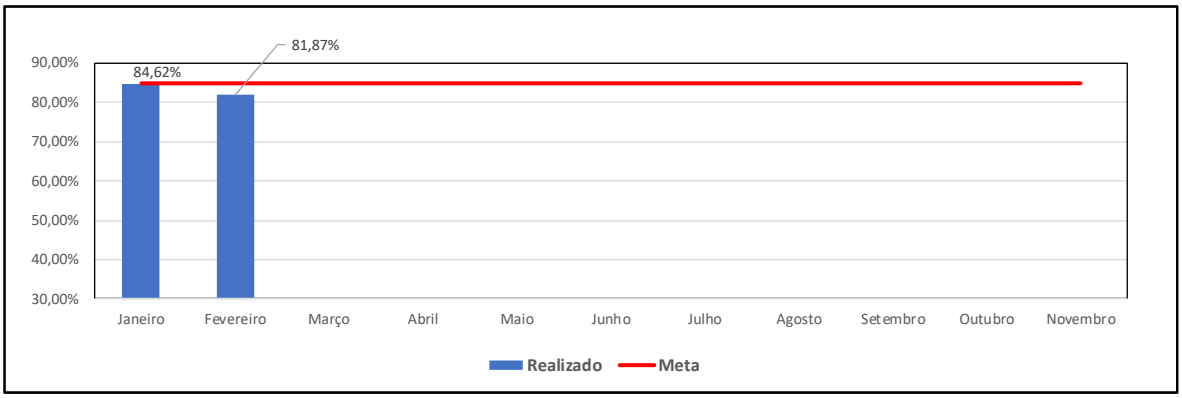
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 02. Taxa de ocupação da Cirurgia ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - CLINICA CIRÚRGICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Realizado	84,62%	81,87%									
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 298/364 x 100 = 81,87%

Houve uma queda na ocupação da clínica cirurgica durante o mês de fevereiro sendo justificada pela redução no número de pacientes admitidos na internação para cirurgias emergênciais.
A SCMC dispõe de infraestrutura e equipe técnica para atender a toda demanda espontânea do município de Araucária e/ou regulada via NIR.

Plano de ação:
Análise e verificação junto a SMSA para revisão da metodologia de acompanhamento mensal das metas, considerando o perfil histórico de ocupação.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363). Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

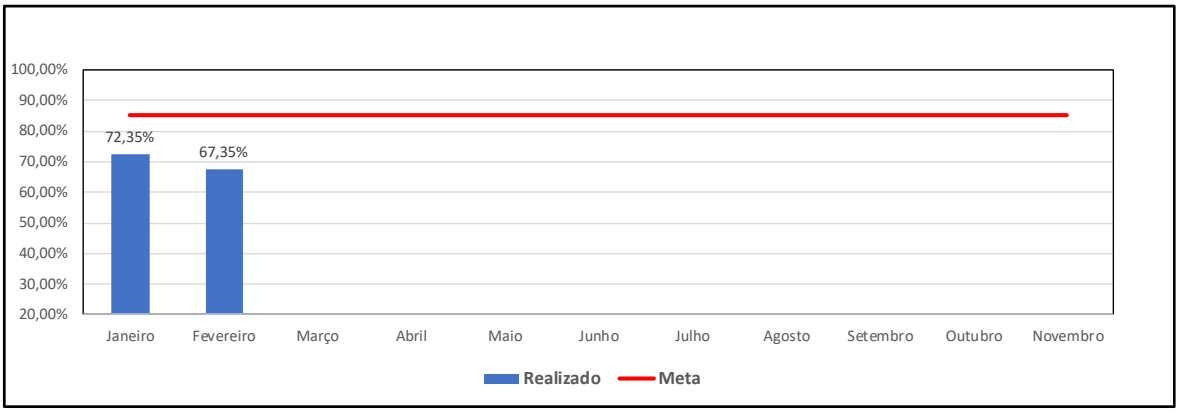
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 03. Taxa de ocupação da Internação Geral ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - INTERNAÇAO GERAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
Realizado	72,35%	67,35%									
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 1584/2352 x 100 = 67,35%
O total de 1584 paciente/dia corresponde a soma dos pacientes/dia de cada unidade de internação.

A SCMC dispõe de equipe técnica e infraestrutura para atendimento a demanda espontânea do município de Araucária, seja por procura direta doss pacientes ou por atendimentos direcionados via central de regulação.
Também houve a necessidade de transferência de 39 pacientes, conforme **Anexo 30_Tranferência inter-hospitalar** (mídia digital) para especialidades as quais não possuimos no serviço, além dos bloqueios da clinica pediatrica e clínica médica (pacientes em isolamento devido ao quadro pandemico).

Plano de ação:
Análise e verificação junto a SMSA para revisão da metodologia de acompanhamento mensal das metas, considerando o perfil histórico de ocupação.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).
Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

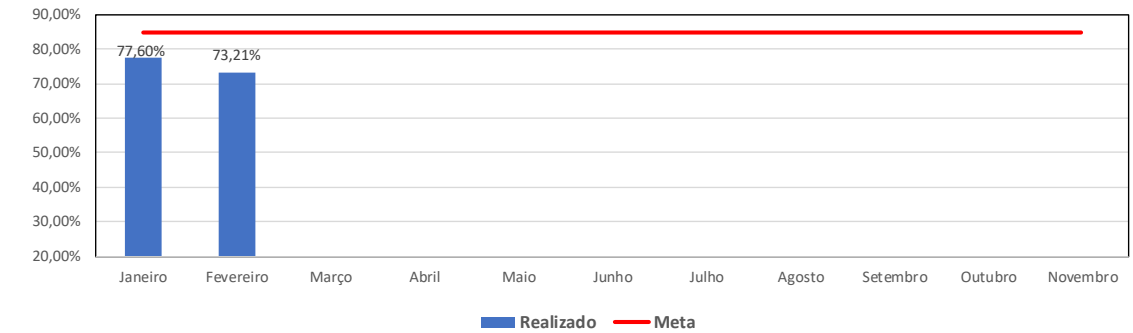
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 04. Taxa de ocupação da Ginecologia & Obstetrícia ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - GINECOLOGIA & OBSTETRÍCIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Realizado	77,60%	73,21%									
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 369/504 x 100 = 73,21%

Durante o mês de fevereiro foram atendidas no pronto socorro obstétrico 947 pacientes para a especialidads de obstétricia e/ou ginecologia. Destas, 196 foram classificadas e internadas para tratamento em modalidade hospitalar, resulta-se que apenas 20,70% das pacientes atendidas no PSO tiveram indicação de internação
A SCMC dispõe de equipe técnica e infraestrutura para atendimento a demanda espontânea do município de Araucária e/ou regulados via NIR.

Plano de ação:
Análise e verificação junto a SMSA para revisão da metodologia de acompanhamento mensal das metas, considerando o perfil histórico de ocupação.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).
Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

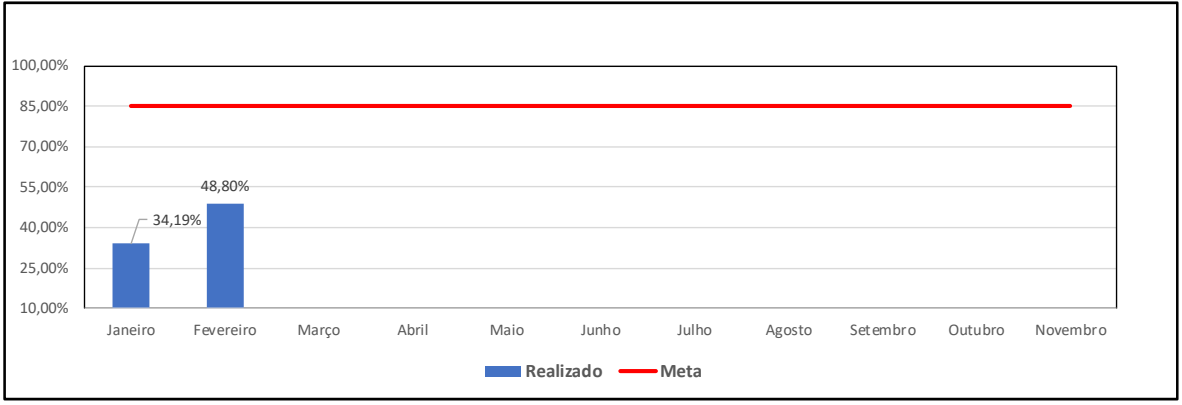
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 05. Taxa de ocupação do Pré-parto ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - PRÉ PARTO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Realizado	34,19%	48,80%									
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não prevista no contrato de gestão nº 103/2021
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 61/125 x 100 = 48,80%

Para o cálculo da taxa de ocupação dos leitos de pré-parto, utilizou-se o percentual mínimo previsto para a ocupação da Ginecologia e Obstetrícia, que é de 85%.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).
Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

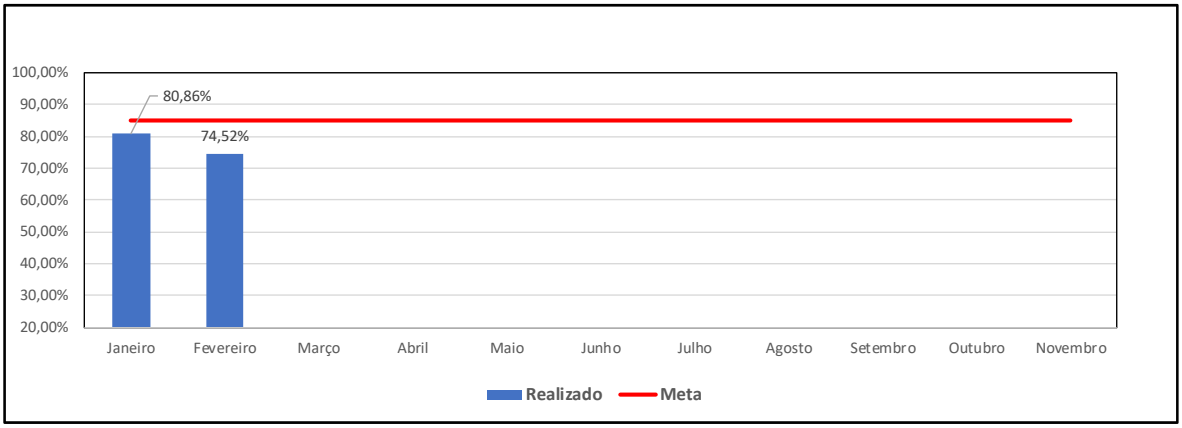
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 06. Taxa de ocupação da Internação da Clínica Médica ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - CLINICA MÉDICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Realizado	80,86%	74,52%									
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100

Cálculo realizado: 313/420 x 100 = 74,52%

Meta não realizada apesar de atendermos toda a demanda solicitada pelo Município, também houveram necessidade de transferência de 17 pacientes com perfil para clínica médica conforme demonstra-se no **Anexo 30_Tranferência inter-hospitalar** (mídia digital) , porém com necessidade de tratamento em especialidades as quais não possuimos no serviço.

Plano de ação:

1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Revisão dos fluxos com a Unidade de Terapia Intensiva.
3. Análise e verificação junto a SMSA para revisão da metodologia de acompanhamento mensal das metas, considerando o perfil histórico de ocupação.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

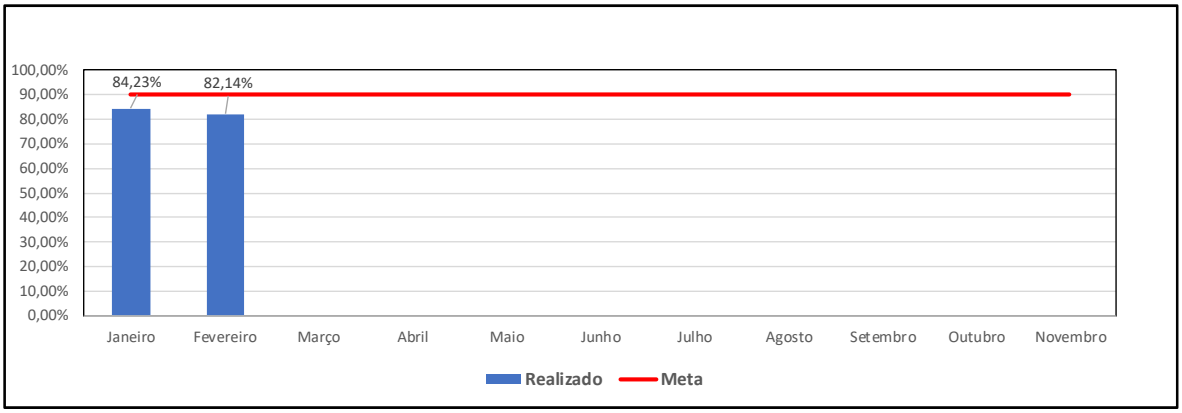
Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 07. Taxa de ocupação da UTI Adulto ≥ 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI ADULTO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Realizado	84,23%	82,14%									
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 207/252 x 100 = 82,14%

Meta não realizada apesar de atendermos toda a demanda solicitada pelo Município e a demanda gerada pelos setores de internação (clínica médica, cirúrgica, ginecologia/obstetrícia). Porém durante este mês não houve casos suficiente para realizar a meta de 90% da taxa de ocupação.

Plano de ação:
Análise e verificação junto a SMSA para revisão da metodologia de acompanhamento mensal das metas, considerando o perfil histórico de ocupação.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).
Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

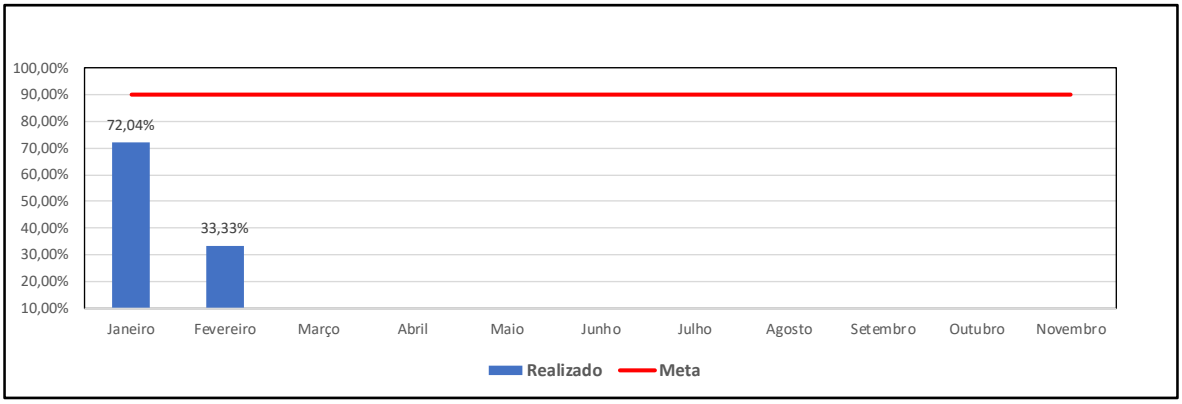
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 08. Taxa de ocupação da UTI Pediátrica ≥ 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI PEDIÁTRICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Realizado	72,04%	33,33%									
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 28/84 x 100 = 33,33%

Embora o setor de pediatria seja considerado "portas abertas" e o P.A.I. sendo referência no município de Araucária para atendimento e internação de casos clínicos, não houve demanda de internamentos suficiente para a realização da meta.

Plano de ação:
Análise e verificação junto a SMSA para revisão da metodologia de acompanhamento mensal das metas, considerando o perfil histórico de ocupação.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).
Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

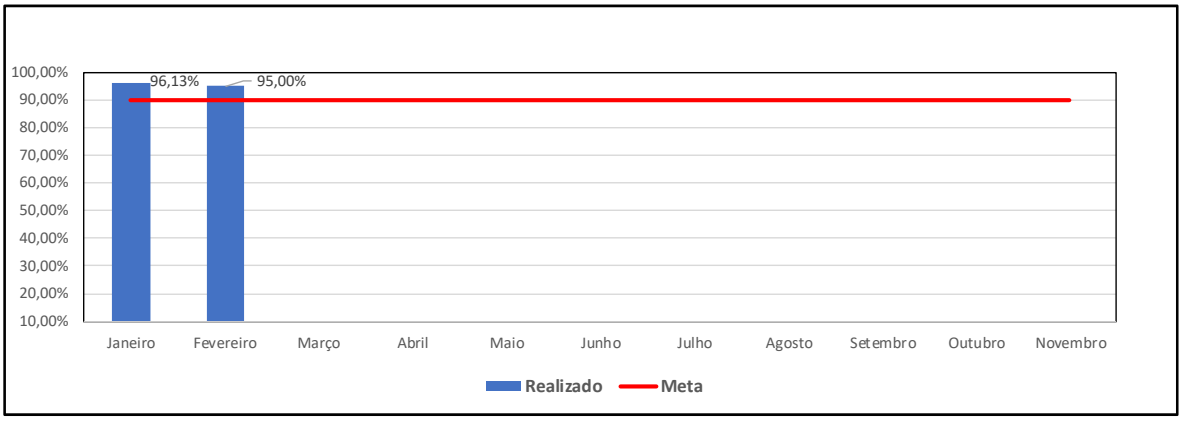
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 09. Taxa de ocupação da Unidade Neonatal ≥ 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI NEONATAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Realizado	96,13%	95,00%									
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 133/140 x 100 = 95,00%

Meta realizada após revisão de fluxo e dos protocolos de internação e alta.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).
Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

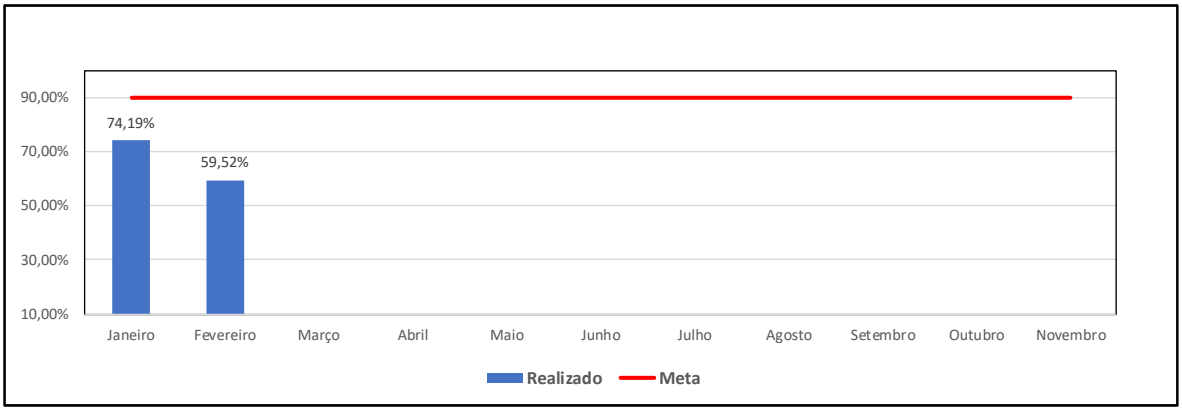
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 10. Taxa de ocupação da UCIN–Unidade de Cuidados Intermediários Neo/Ped ≥ 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - UCIn NEONATAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Realizado	74,19%	59,52%									
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não prevista no contrato de gestão nº 103/2021
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 50/84 x 100 = 59,52%

Para o cálculo da taxa de ocupação dos leitos de UCI, utilizou-se o percentual mínimo previsto para a ocupação da UTI Neonatal, que é de 90%.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).
Informamos que os relatórios conferem com a planilha diária de média de permanência e taxa de ocupação e foram extraídos do sistema Tasy diariamente as 07h da manhã.

FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

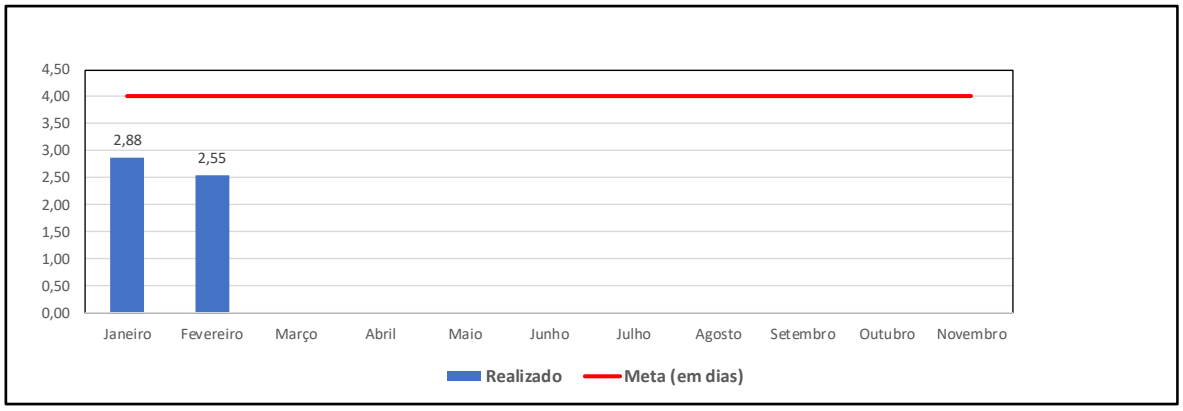
B) Indicador: Média de Permanência:

Figura 11. Manter a Média de Permanência da Pediatria ≤ 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - PEDIATRIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Realizado	2,88	2,55									
Meta (em dias)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas)
Cálculo realizado: 125/49 = 2,55
Na pediatria ficamos com 2,55 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

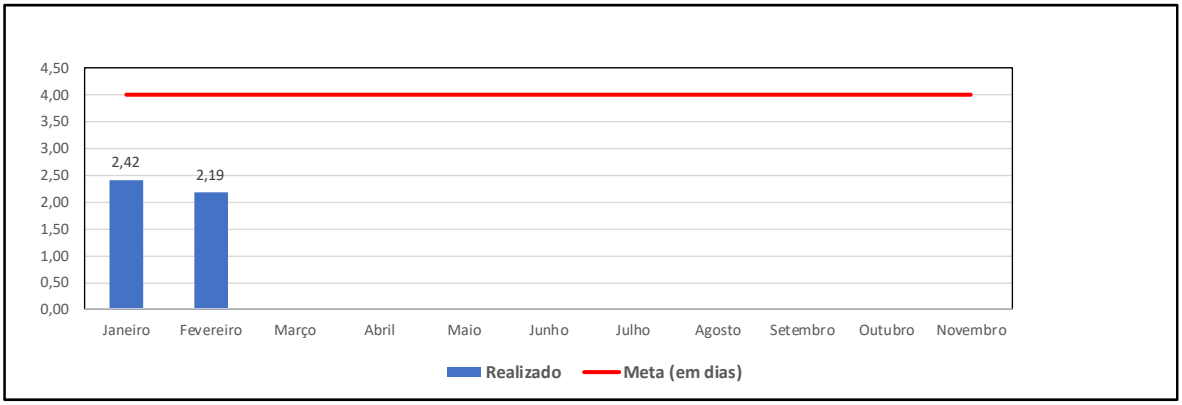
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 12. Manter a Média de Permanência da Cirurgia ≤ 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - CLINICA CIRÚRGICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Realizado	2,42	2,19									
Meta (em dias)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas)
Cálculo realizado: 298/136 = 2,19
Na UI cirurgica ficamos com 2,19 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

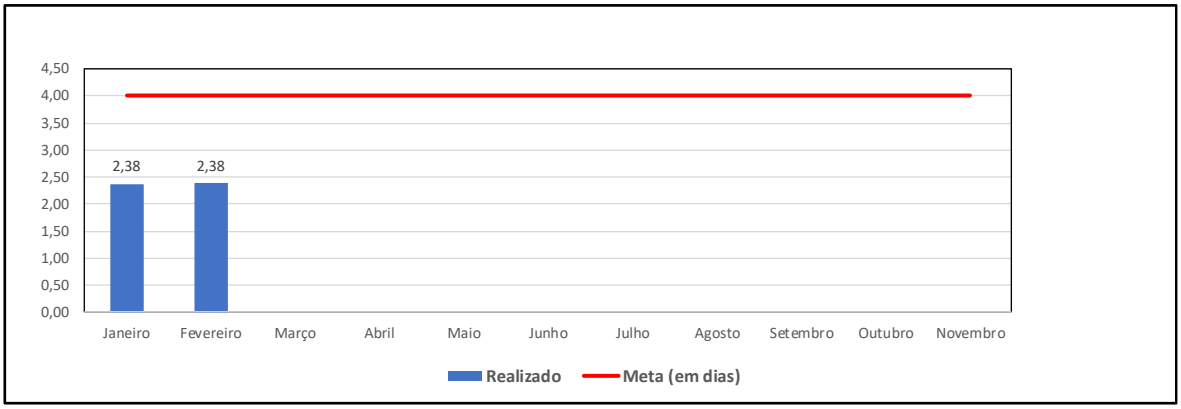
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 13. Manter a Média de Permanência da Ginecologia e Obstetrícia ≤ 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - GINECOLOGIA & OBSTETRÍCIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Realizado	2,38	2,38									
Meta (em dias)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas)
Cálculo realizado: 369/155 = 2,38
Na UI obstétrica ficamos com 2,38 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

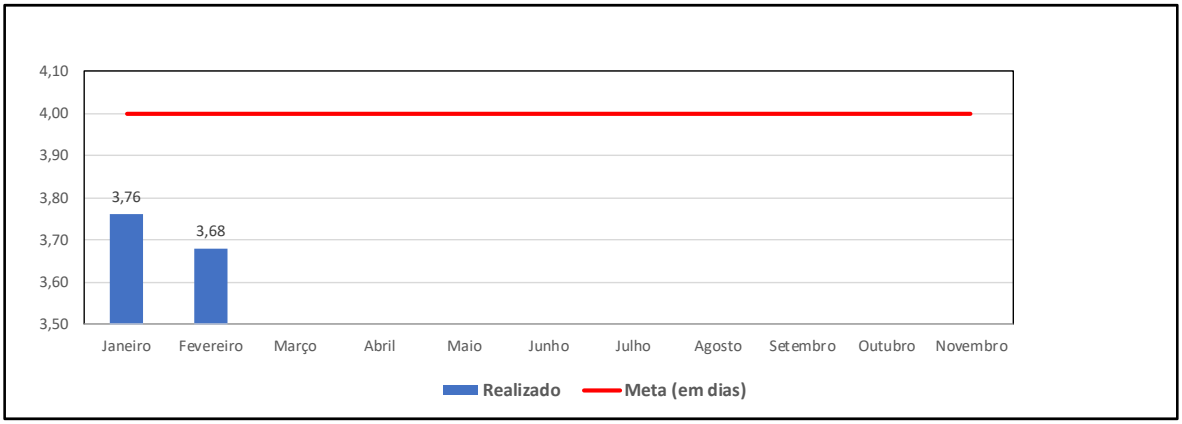
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 14. Manter a Média de Permanência da Clínica Médica ≤ 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - CLINICA MÉDICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Realizado	3,76	3,68									
Meta (em dias)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas)
Cálculo realizado: 313/85= 3,68
Na UI clínica médica ficamos com 3,68 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

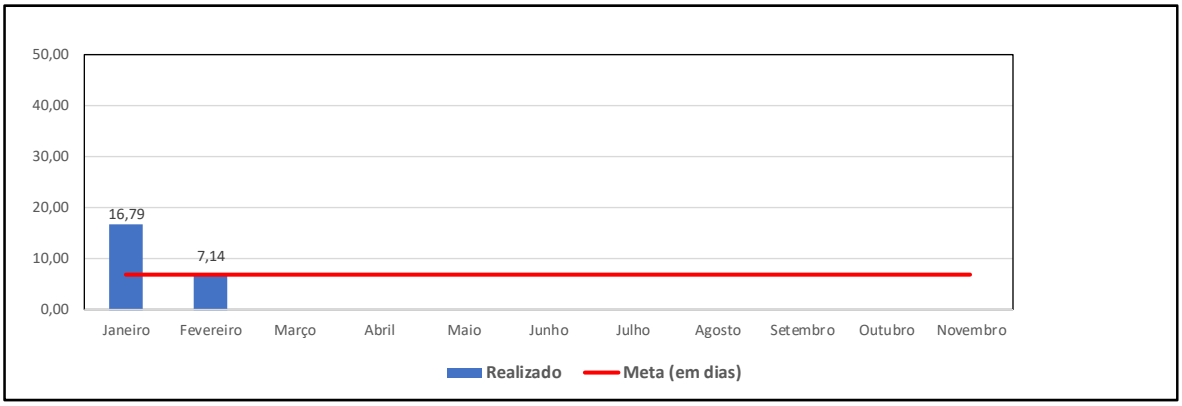
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 15. Manter a Média de Permanência da UTI Adulto ≤ 07 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - UTI ADULTO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Realizado	16,79	7,14									
Meta (em dias)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas)
Cálculo realizado: 207/29 =7,14
Na UTI adulto ficamos com 7,14 dias de permanência, acima da meta de 07 dias de permanência.
Justifica-se devido aos casos graves de pacientes em uso de drogas vasoativas, em ventilação mecânica com baixo drive respiratório dificultando o desmame e 02 casos com prognóstico reservado.

Plano de ação:
1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Revisão do protocolo clínico e assistencial de cuidados paliativos (em andamento);

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

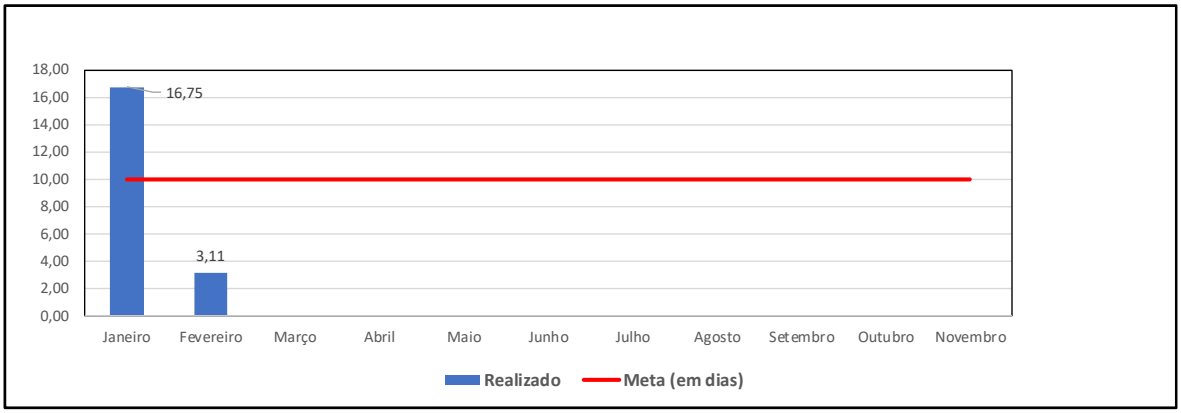
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 16. Manter a Média de Permanência da UTI Pediátrica ≤ 10 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - UTI PEDIÁTRICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Realizado	16,75	3,11									
Meta (em dias)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas)
Cálculo realizado: 28/9 = 3,11

Na UTI pediátrica ficamos com 3,11 dias de permanência, abaixo da meta de 10 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

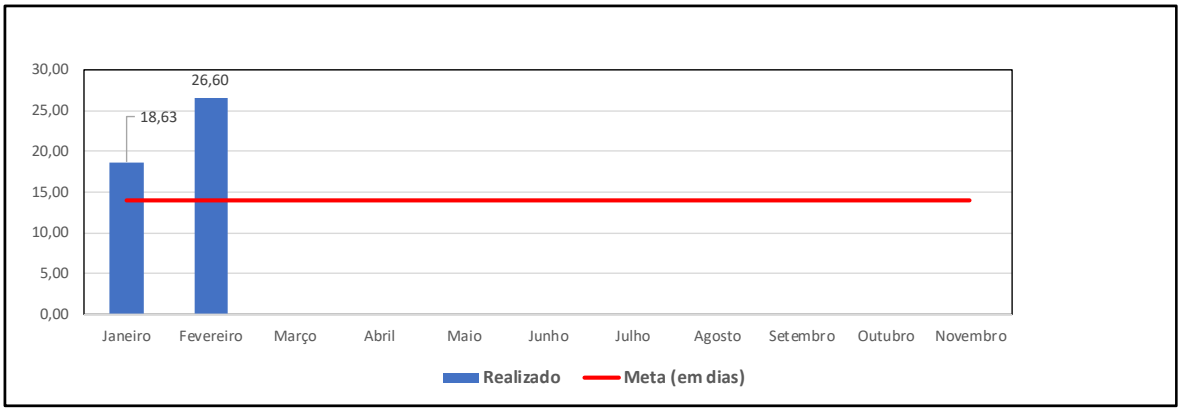
FONTE: Sistema Tasy e kanban realizado diariamente e discutido em visita multidisciplinar.

Figura 17. Manter a Média de Permanência na Unidade Neonatal ≤ 14 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - NEONATAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Realizado	18,63	26,60									
Meta (em dias)	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas)
Cálculo realizado: 133/5 = 26,60
Na UTI neonatal ficamos com 26,60 dias de permanência, acima da meta de 14 dias de permanência, devido aos RN's (02 gemelares - gestação de alto-risco), prematuridade extrema, baixo peso e casos de recém nascidos sem acompanhamento pré-natal.
01) RN T.R.O.B. - ATD: 1124152, intern: 31 dias -34 SEM.
02) RN GB DE A.M.P. - ATD: 1127986, intern: 12 dias - 33 SEM. + 4 D
03) RN S.L.N. - ATD:1129321, intern: 31 dias - 34 SEM + 6 D
04) RN G.F.S. - ATD: 1138700, intern: 16 dias - Termo
05)RN J.P.S.-ATD: 1140710, intern: 19 dias - 28 SEM+ 1D

O Anexo C_Anexo 29_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 28 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

FONTE: Sistema Tasy e kanban realizado diariamente e discutido em visita multidisciplinar.

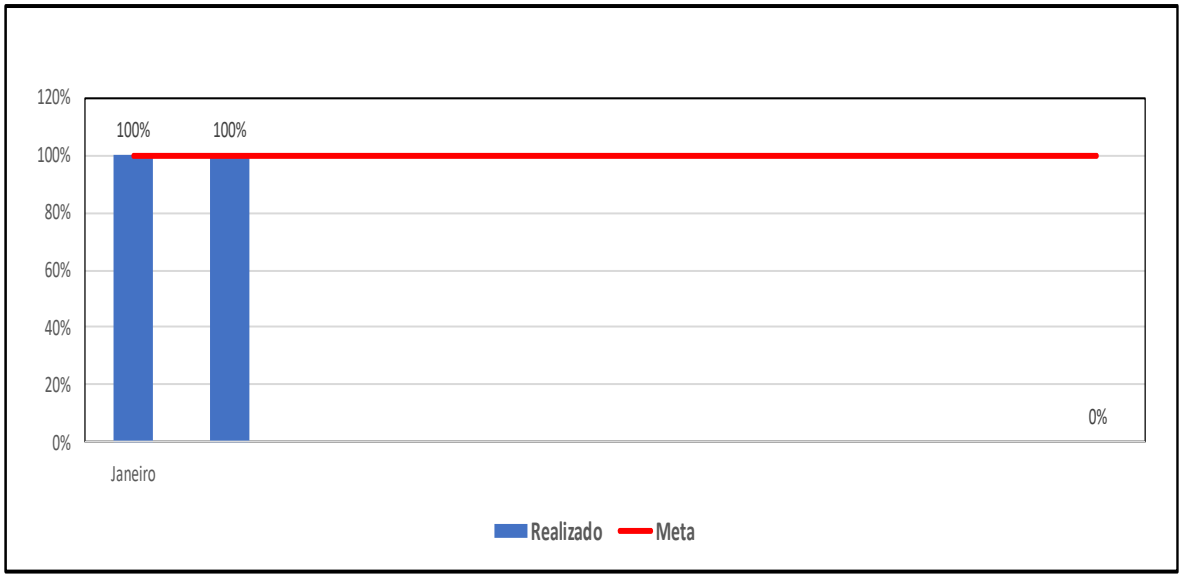
C) Indicador: Monitoramento da permanência

Figura 18. Realizar KANBAN em 100% das enfermarias e observações dos Pronto Socorro e Pronto Atendimento.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MONITORAMENTO DE PERMANÊNCIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº Internações (enf. e P.A) Kanban	918	518									
Nº Internações realizadas	918	518									
Realizado	100%	100%									#DIV/0!
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada

Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas)

Cálculo realizado: 518/518 *100 = 100%

Plano de ação: A reclassificação utilizando o Protocolo é realizada a cada 24 horas, pelos enfermeiros do serviço, conforme a rotina já instituída.
O Censo da Enfermagem tem a identificação por cores e estão a disposição nos postos. Onde é salvo nos computadores utilizados pelos enfermeiros em todas as salas de atendimento, vislumbrando brevemente a informatização completa desse processo.

FONTE: Sistema Tasy

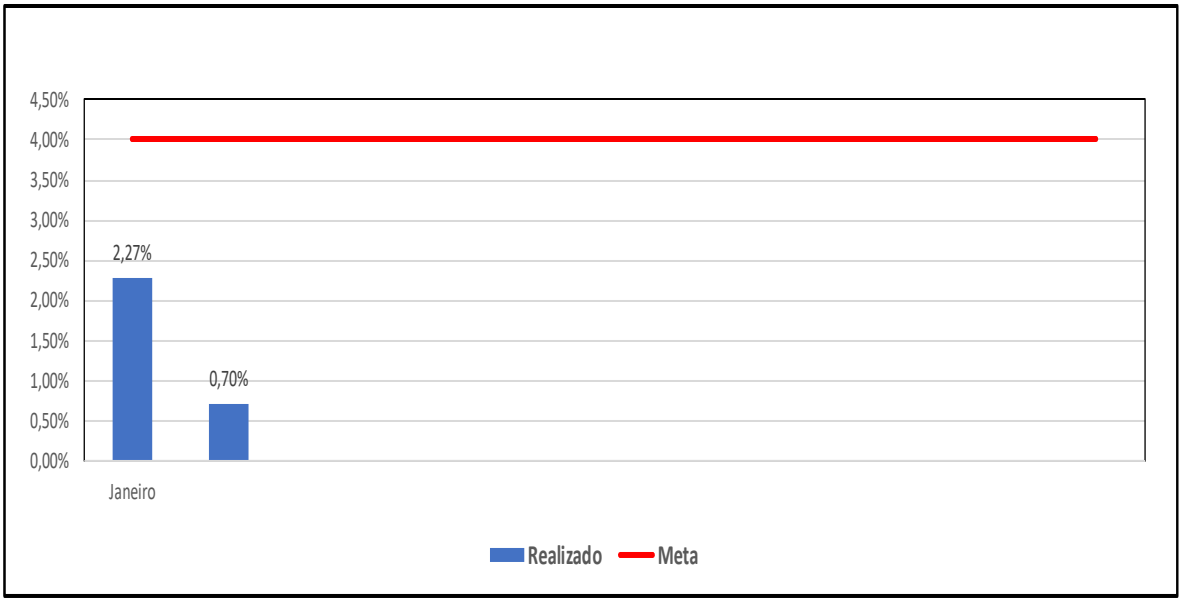
D) Indicador: Taxa de suspensão de cirurgias:

Figura 19. Apresentar Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados ≤ 4%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de cirurgias programadas	88	142									
Nº de cirurgias suspensas	2	1									
Realizado	2,27%	0,70%									
Meta	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

01 Cirurgia Ortopédica Eletiva não foi realizada, devido a parada cardíaca do paciente. Paciente encaminhado para cuidados intensivos em leito de UTI e recebeu alta hospitalar no dia 27/02/2022.

Segue relatório nominal na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 42_Faturamento_Fechamento Nominais Fevereiro 2022**

FONTE: Sistema Tasy / prontuário médico

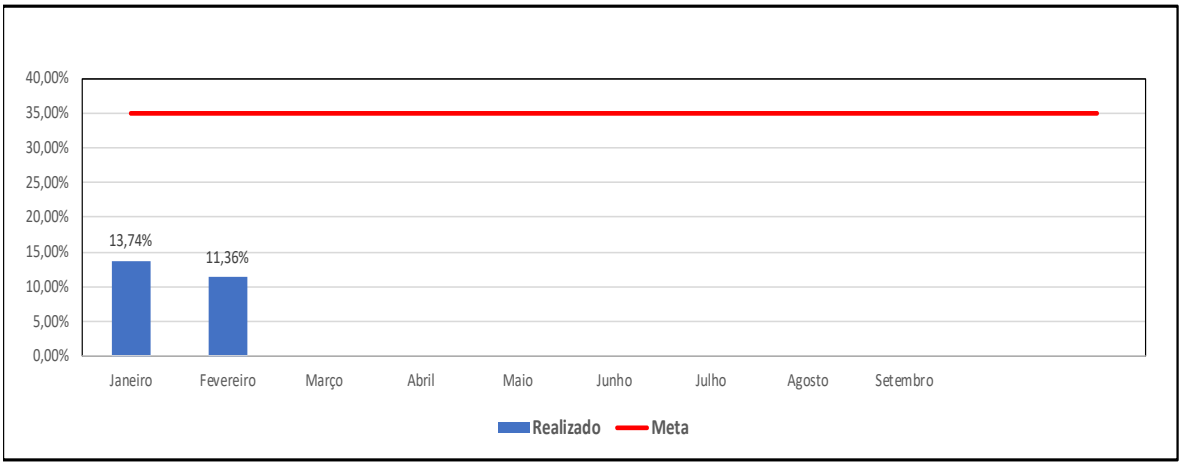
E) Indicador: Taxa de cesárea

Figura 20. Apresentar Taxa de cesárea ≤ 35%.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE CESÁRIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de cesárias indicação clínica/médica	38	49									
Nº de cesárias por Legislação / Desejo materno	18	15									
Nº total partos realizados	131	132									
Realizado	13,74%	11,36%									
Meta	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

A Lei 19.701/2018 que dispõe sobre a violência obstétrica, revogada pela Lei 20.127/2020, dá o direito a todas as gestantes do Paraná escolher sua via de parto, seja ele normal ou cesáreo, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação.

Podemos observar que foram realizados

• 15 partos cesarianos a pedido da paciente os quais foram embasados na Lei, perfazendo um total de 23,43% do total de 64 partos cesáreos realizados;

• 01 parto cesariano a pedido da paciente (desejo materno), porém a idade gestacional não a enquadrava na Lei, perfazendo um total de 1,56% do total de 64 partos cesarianos realizados;

• 49 cesáreas foram realizadas devido a emergências obstétricas com risco iminente de morte ao binômio, perfazendo um total de 76,56% do total de 64 partos cesarianos realizados no mês de competência.

Na sequencia demonstra-se tabela descritiva dos casos

Manutenção do plano de ação:

1. Realizar ações juntamente com a SMSA, para concientização quanto a importância da realização do plano de parto;
2. Realizar ações internas com a comissão de humanização;
3. Rever fluxos e protocolos internos junto á equipe da obstetrícia

Detalhamento de todos os procedimentos na figura 20.1; Relatório detalhado de indicação dos partos cesarianos.

Segue relatório nominal na pasta C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, **C_Anexo 42_Faturamento_Fechamento Nominais Fevereiro 2022**

FONTE: Sistema Tasy / Estatística Enfermagem

Figura 20.1; Relatório detalhado de indicação dos partos cesarianos.

DETALHAMENTO INDICAÇÃO CESÁREA POR ATENDIMENTO		
ATENDIMENTO	IG	CRITERIO
1148983	39+3	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020 (A pedido do DRº Claudio Bednarczuk)
1149255	41	Gestação pós data + desejo materno
1149261	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1149295	39	Iteratividade
1149381	40	Parada de progressão
1149503	37	Pico hipertensivo + DMG descompensado
1149512	35+2	Adramnia
1149696	40	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1150121	39	CST prévia há 10 meses
1150149	37+3	HAC + DMG descompensada
1150192	39+4	DMG insulino dependente+ CST anterior com colo desfavorável a indução
1150425	40+2	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1150704	37	Feto pélvico modo pés+ colestase
1150975	41	Pos datismo+ má apresentação fetal
1151297	37+4	Desejo materno
1151846	39+2	DMG
1151883	39+3	GIG
1151949	40+3	Distócia de progressão
1152092	38+3	Centralização fetal+ labioleporino
1152125	37+3	Pré eclâmpsia + CST anterior+ colo desfavorável
1152403	40	DIP 1 em trabalho de parto inicial
1152707	39	Distócia de progressão
1152716	30+4	Trabalho de parto prematuro+ Apresentação pélvica modo pés
1152852	38+1	DMG +hipotireodismo+ falha de indução de trabalho de parto
1152953	31+1	Iteratividade+ óbito fetal intrauterino
1153011	37+6	Devido a parada de descida+ bradicardia fetal associado a exaustãao materna
1153212	38	DM insulino dependente+ HAC+ Iteratividade
1153698	38	Iteratividade
1154068	36+6	Hipertensão arterial sistêmica+ RCIU estágio I
1154115	39+1	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020 + BR
1154239	40+1	Falha de indução+ DMG
1154309	40+2	CTG não tranquilizadora- DIP I com 5 cm

Fonte: Sistema Tasy / Estatística de Enfermagem

Figura 20.2; Relatório detalhado de indicação dos partos cesarianos.

DETALHAMENTO INDICAÇÃO CESÁREA POR ATENDIMENTO		
ATENDIMENTO	IG	CRITERIO
1154577	36+4	Gemelar DI-DI+ DMG insulino dependente+ dopller feto B limitrofe
1154769	40+2	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1155177	38+2	RCIU
1155180	38+6	DMG em uso de insulina + falha de indução
1155218	37+2	RCIU
1155983	39	Suspeita de feto pélvico
1156001	37+1	falha de indução com misoprostol e Krause + miomatose volumosa
1156007	39	Bradicardia sustentada
1156208	39+2	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1156388	38+5	Pico pressórico sintomático + eclâmpsia em gestação anterior
1156599	39+3	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1156605	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1157052	39	HAC
1157175	38+3	HAC/DMG e RCIU
1157600	39+4	Distócia de progressão
1158791	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1158323	40	DMG D + distócia de progressão
1159162	39	Feto pélvico+DMG+DHEG
1159439	39	Iteratividade
1159737	39+1	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1159745	38+2	DMG+ desejo materno
1152360	40	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1157673	38	DMG insulino dependente+ CST anterior+ colo desfavorável para indução
1158194	30	Descolamento prematuro de placenta+ placenta prévia total
1158319	39	Iterativadade+ hipertensão geestacional+ DMG com dieta
1158361	39	Suspeita de macrossomia+ polidrâmnio+ pélvico
1158345	40	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1158795	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1158799	37	Hipertensão gestacional
1158844	37+1	RCIU + falha de indução
1160759	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1159472	36+6	Pré- eclâmpsia grave

Fonte: Sistema Tasy / Estatística de Enfermagem

Figura 20.3; Relatório sintético, total de indicação dos partos cesarianos.

Rótulos de Linha	Contagem de CRITERIO
Falha de indução+ DMG	1
DMG em uso de insulina + falha de indução	1
DMG insulino dependente+ CST anterior com colo desfavorável a indução	1
DMG insulino dependente+ CST anterior+ colo desfavorável para indução	1
HAC/DMG e RCIU	1
Pico hipertensivo + DMG descompensado	1
Pico pressórico sintomático + eclâmpsia em gestação anterior	1
Pré- eclâmpsia grave	1
RCIU + falha de indução	1
Adramnia	1
Bradicardia sustentada	1
Centralização fetal+ labioleporino	1
CST prévia há 10 meses	1
CTG não tranquilizadora- DIP I com 5 cm	1
Descolamento prematuro de placenta+ placenta prévia total	1
Desejo materno	1
Devido a parada de descida+ bradicardia fetal associado a exaustãao materna	1
DIP 1 em trabalho de parto inicial	1
Distócia de progressão	3
DM insulino dependente+ HAC+ Iteratividade	1
DMG	1
DMG +hipotireodismo+ falha de indução de trabalho de parto	1
DMG D + distócia de progressão	1
DMG+ desejo materno	1
falha de indução com misoprostol e Krause + miomatose volumosa	1
Feto pélvico modo pés+ colestase	1
Feto pélvico+DMG+DHEG	1
Gemelar DI-DI+ DMG insulino dependente+ dopller feto B limitrofe	1
Gestação pós data + desejo materno	1
GIG	1
HAC	1
HAC + DMG descompensada	1
Hipertensão arterial sistêmica+ RCIU estágio I	1
Hipertensão gestacional	1
Iterativadade+ hipertensão geestacional+ DMG com dieta	1
Iteratividade	3
Iteratividade+ óbito fetal intrauterino	1
LEI Nº 20127 DE 15/01/2020	9
LEI Nº 20127 DE 15/01/2020	4
LEI Nº 20127 DE 15/01/2020 (A pedido do DRº Claudio Bednarczuk)	1
LEI Nº 20127 DE 15/01/2020 + BR	1
Parada de progressão	1
Pos datismo+ má apresentação fetal	1
Pré eclâmpsia + CST anterior+ colo desfavorável	1
RCIU	2
Suspeita de feto pélvico	1
Suspeita de macrossomia+ polidrâmnio+ pélvico	1
Trabalho de parto prematuro+ Apresentação pélvica modo pés	1
Total Geral	**64**

Fonte: Sistema Tasy / Estatística de Enfermagem

Figura 20.4; Lei 19.701/2018 que dispõe sobre a violência obstétrica, revogada pela Lei 20.127/2020.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

Lei 20.127 - 15 de Janeiro de 2020

Publicada no Diário Oficial nº. 10605 de 15 de Janeiro de 2020

Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica.

A Assembleia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1.º Altera o inciso VII do art. 3º da Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que passa a vigorar com a seguinte redação:

VII – o parto adequado, respeitadas as fases biológica e psicológica do nascimento, garantindo que a gestante participe do processo de decisão acerca de qual modalidade de parto atende melhor às suas convicções, aos seus valores e às suas crenças;

Art. 2.º Acresce os §§ 1º, 2º, 3º e 4º ao art. 3º da Lei nº 19.701, de 2018, com a seguinte redação:

§ 1º O parto adequado mencionado no inciso VII deste artigo é aquele que:
I – promove uma experiência agradável, confortável, tranquila e segura para a mãe e para o bebê;
II – garante à parturiente o direito a ter um acompanhante durante o parto e nos períodos pré-parto e pós-parto;
III – respeita as opções e a tomada de decisão da parturiente na gestão de sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto.(NR)

§ 2º Nas situações eletivas, é direito da gestante optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, e tenha se submetido às avaliações de risco gestacional durante o pré-natal, na forma do inciso I deste artigo.

§ 3º A decisão tomada pela gestante deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, de modo a atender as características do parto adequado.

§ 4º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo o registro em prontuário.

Art. 3.º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Figura 20.5; Lei 19.701/2018 que dispõe sobre a violência obstétrica, revogada pela Lei 20.127/2020.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

Palácio do Governo, em 15 de janeiro de 2020.

Carlos Massa Ratinho Junior
Governador do Estado

Carlos Alberto Gebrim Preto
Secretário de Estado da Saúde

Guto Silva
Chefe da Casa Civil

Mabel Canto
Deputada Estadual

F) Indicador: Acompanhamento das taxas de mortalidade

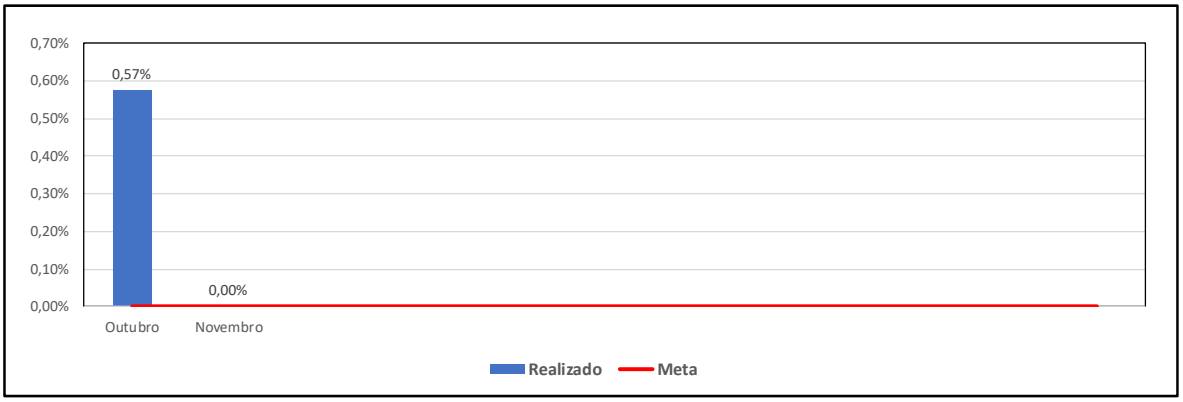
21. Disponibilizar até o 15º dia do mês subsequente, os indicadores de Mortalidade, análise da comissão de óbitos em 100% dos casos e plano de melhorias:

Figura 21. Índice de Mortalidade Não institucional;

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE MORTALIDADE NÃO INSTITUCIONAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de óbitos (< 24 horas)	3	0									
Nº total de saídas	523	454									
Realizado	0,57%	0,00%									
Meta	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Não ocorreram óbitos não institucionais a serem analisados.
Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta **C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS,** Anexo **C_W_3.Comissão Revisão de Óbito**

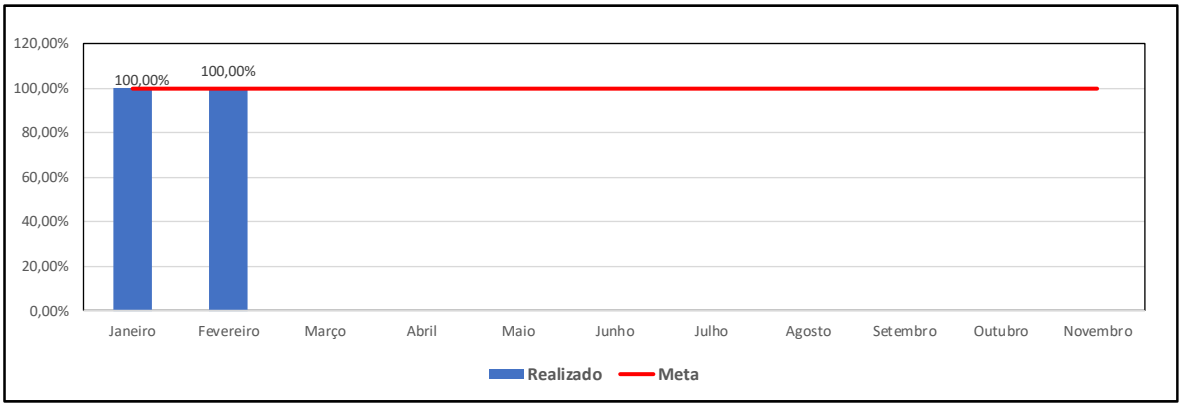
FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.1; Taxa de Mortalidade Institucional;

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de óbitos (> 24 horas)	17	10									
Nº total de saídas	523	454									
Percentual do total de óbitos	3,25%	2,20%									
Realizado	100,00%	100,00%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. 100% dos óbitos analisados

Foram analisados 08 óbitos institucionais pela Comissão de óbitos adulto e 02 pela Comissão de óbitos materno/infantil.
Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta **C - Indicadores qualitativos e quantitativos,** subpasta **C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS,** Anexo **C_W_3.Comissão Revisão de Óbito**

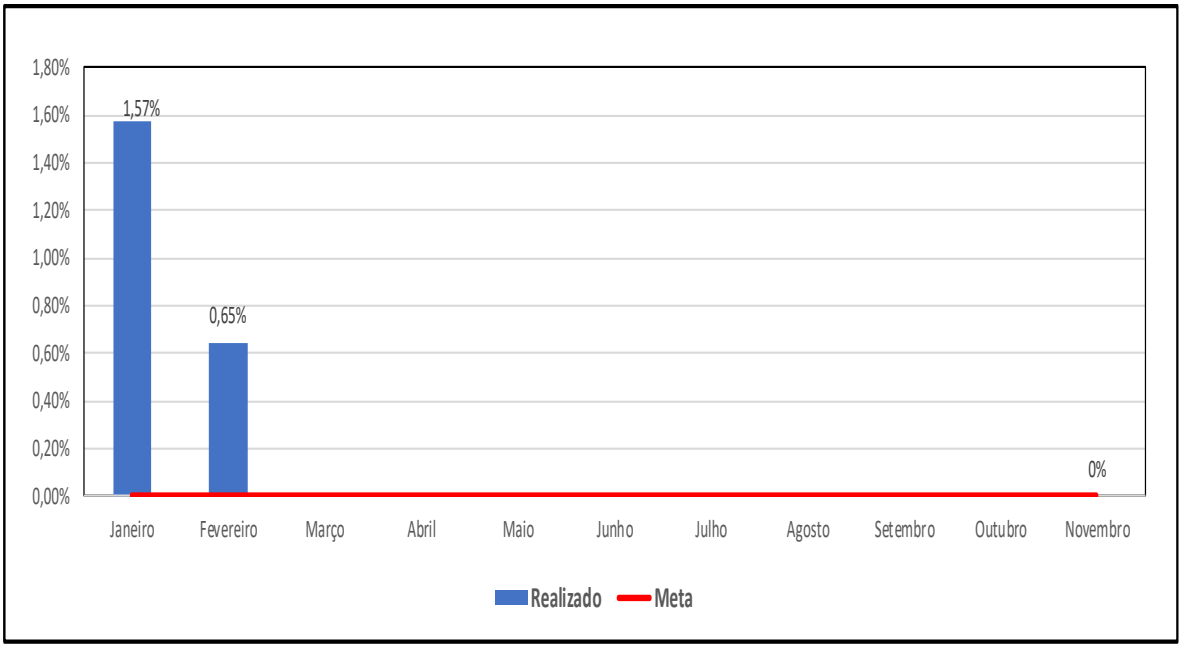
FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.2; Taxa de Mortalidade Cirúrgica.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE MORTALIDADE CIRURGICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de óbitos cirúrgicos	3	1									0
Nº total de cirurgias realizadas	191	155									
Realizado	1,57%	0,65%									#DIV/0!
Meta	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A



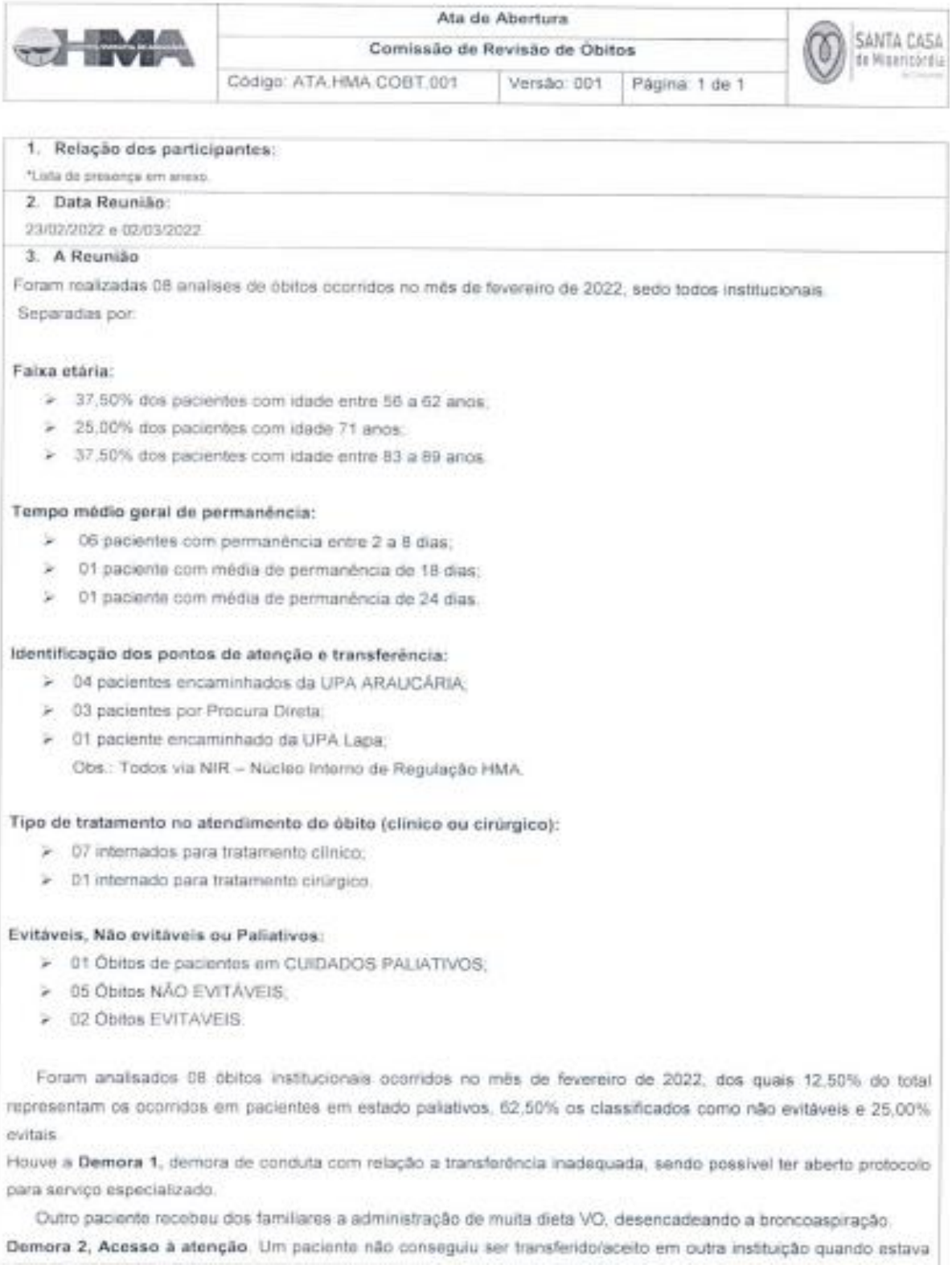
ANÁLISE CRÍTICA: Realizada análise.

Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta **C - Indicadores qualitativos e quantitativos,** subpasta **C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS,** Anexo **C_W_3.Comissão Revisão de Óbito**

Na Sequência, apresenta-se na figura 21.3 o relatório das análises realizadas pela comissão.

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.3; Relatório das análises realizadas pela comissão;



	Ata de Abertura		
	Comissão de Revisão de Óbitos		
	Código: ATA.HMA.COBT.001	Versão: 001	Página: 1 de 1

1. **Relação dos participantes:**

*Lista de presença em anexo.

2. **Data Reunião:**

23/02/2022 e 02/03/2022

3. **A Reunião**

Foram realizadas 08 analises de óbitos ocorridos no mês de fevereiro de 2022, sendo todos institucionais.

Separadas por:

Faixa etária:

- 37,50% dos pacientes com idade entre 56 a 62 anos;
- 25,00% dos pacientes com idade 71 anos;
- 37,50% dos pacientes com idade entre 83 a 89 anos.

Tempo médio geral de permanência:

- 06 pacientes com permanência entre 2 a 8 dias;
- 01 paciente com média de permanência de 18 dias;
- 01 paciente com média de permanência de 24 dias.

Identificação dos pontos de atenção e transferência:

- 04 pacientes encaminhados da UPA ARAUCÁRIA;
- 03 pacientes por Procura Direta;
- 01 paciente encaminhado da UPA Lapa;

Obs.: Todos via NIR – Núcleo Interno de Regulação HMA.

Tipo de tratamento no atendimento do óbito (clínico ou cirúrgico):

- 07 internados para tratamento clínico;
- 01 internado para tratamento cirúrgico.

Evitáveis, Não evitáveis ou Paliativos:

- 01 Óbitos de pacientes em CUIDADOS PALIATIVOS;
- 05 Óbitos NÃO EVITÁVEIS;
- 02 Óbitos EVITAVEIS.

Foram analisados 08 óbitos institucionais ocorridos no mês de fevereiro de 2022, dos quais 12,50% do total representam os ocorridos em pacientes em estado paliativos, 62,50% os classificados como não evitáveis e 25,00% evitais.

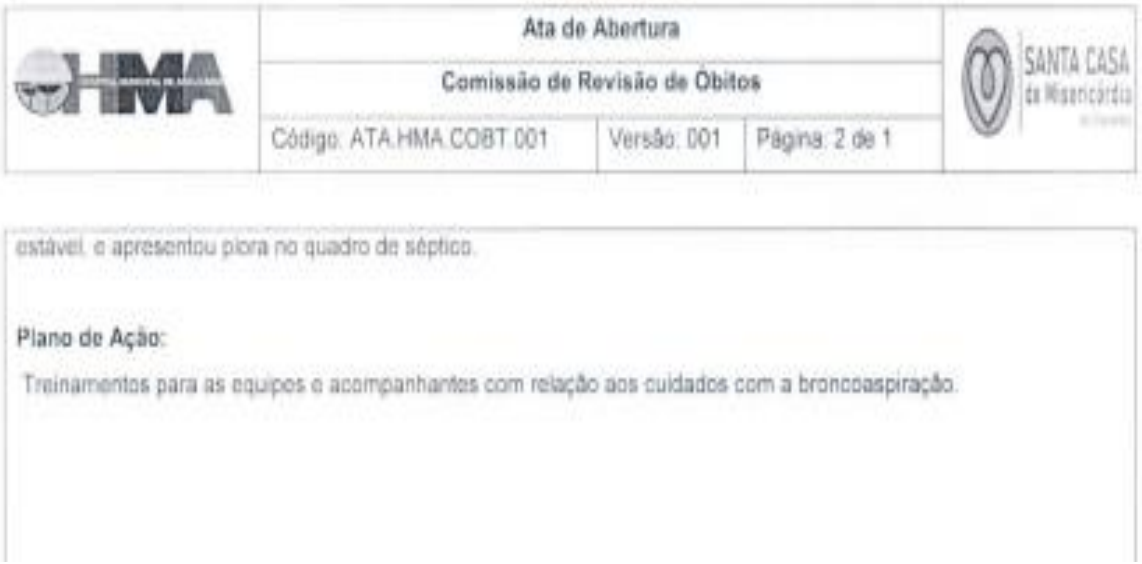
Houve a **Demora 1**, demora de conduta com relação a transferência inadequada, sendo possível ter aberto protocolo para serviço especializado.

Outro paciente recebeu dos familiares a administração de muita dieta VO, desencadeando a broncoaspiração.

Demora 2, Acesso à atenção. Um paciente não conseguiu ser transferido/aceito em outra instituição quando estava

Fonte: Comissão de revisão de Óbitos

Figura 21.4; Relatório das análises realizadas pela comissão (Continuação);



	Ata de Abertura		
	Comissão de Revisão de Óbitos		
	Código: ATA.HMA.COBT.001	Versão: 001	Página: 2 de 1

estável, e apresentou piora no quadro de séptico.

Plano de Ação:

Treinamentos para as equipes e acompanhantes com relação aos cuidados com a broncoaspiração.

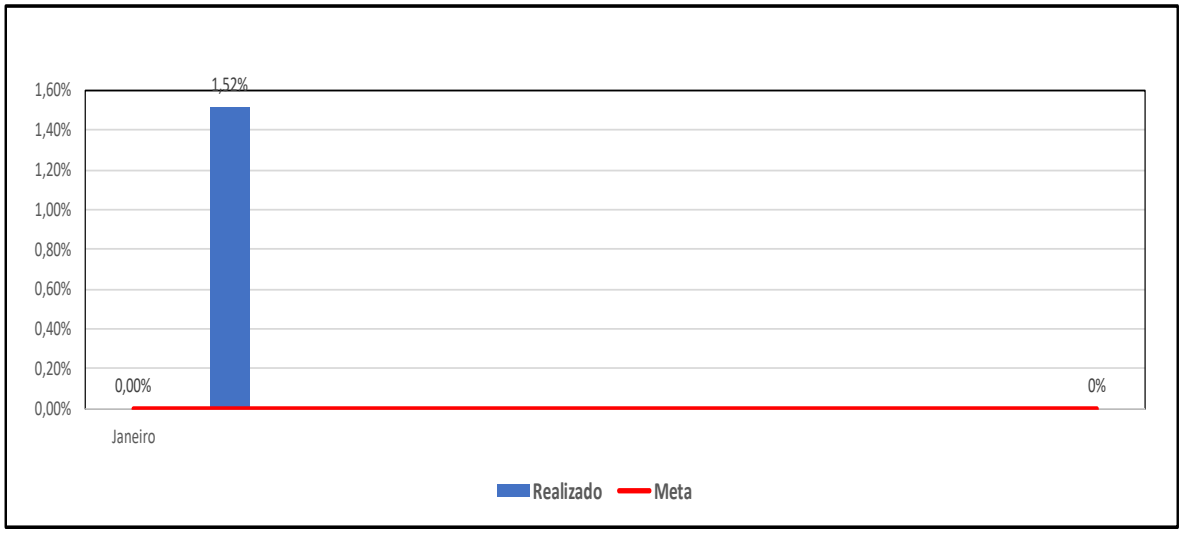
Fonte: Comissão de revisão de Óbitos

Figura 21.5; Taxa de Mortalidade Materna;

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de óbitos maternos (até 7 dias após proc. Cirurgico)	0	2									0
Nº partos e cesáreas realizadas	131	132									
Realizado	0,00%	1,52%									#DIV/0!
Meta	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Foram analisados 02 casos de óbito na UTI Neo no mês de fevereiro, sendo 01 evitável e 01 não evitável.

Número de internações no mês foi de 133 pacientes, com uma taxa de ocupação de 86%, nossa taxa de mortalidade de 1,5% no mês de fevereiro.

Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS, **Anexo C_W_4.Comissão Revisão de Óbito Materno Infantil.**

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.3; Relatório das análises realizadas pela comissão;

	Ata de Reunião		
	Comissão de Análise de Óbito Materno Infantil		
	Código: ATA.HMA.COAOMI.001	Versão: 001	Página: 1 de 3

1. Relação de colaboradores:
   Lista de presença em anexo;
2. Data Reunião:
   02/03/2022 ás 14h00min, sala de reuniões;
3. **Casos discutidos:**

Foram realizados análise de 02 casos de óbito no mês de Fevereiro de 2022, sendo eles:

1º Caso, RH de TSO, data de entrada dia 26/01/2022, com 24 semanas CID P07. 2, prematuridade extrema, com evolução para insuficiência renal, sendo um caso não evitável.

2º Caso, RN de TRO, data de entrada dia 02/12/2022, com CID de J17, com causa básica, P07. 2 Prematuridade extrema, evoluindo com uma PAV, e insuficiência renal e Aguda, sendo um caso evitável.

4. **Faixa etária:**
   100% com menos de 10 dias de vida;
5. **Tempo médio de atendimento:**
   50% com menos de 10 dias
   50% com mais de 10 dias
6. **Tipo de tratamento:**
   100% tratamento clínico
7. **Análise Crítica:**

Forma analisados 02 casos de óbito na UTI Neo no mês de Fevereiro, sendo 01 evitável e 01 não evitável.

Número de internação no mês de fevereiro foi de 133 pacientes, com uma taxa de ocupação de 86%, nossa taxa de mortalidade de 1,5% no mês de fevereiro.

Como melhoria para os casos evitáveis já foi realizado pela fisioterapia um treinamento de cuidados com ventilação mecânica e BIPAP.

Fonte: Comissão de revisão de Óbitos

G) Indicador: Taxa de acolhimento com classificação de risco (indicadores G.22 ao G.29):

Informamos que o painel para controle deste indicador está em processo de elaboração para que seja inserido e controlado integralmente no sistema operacional Tasy (conforme O.S. nº204156 (em andamento)).

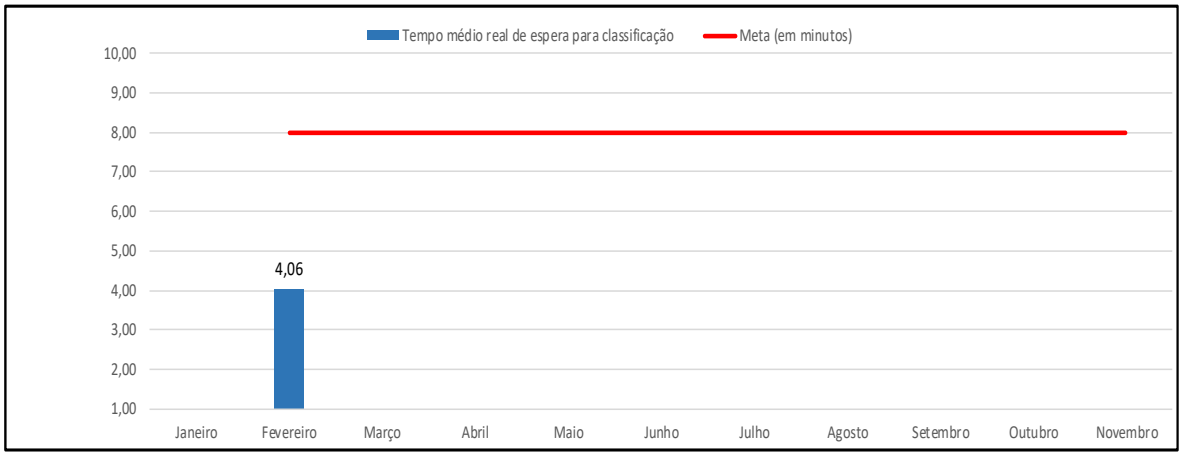
Na sequência apresentam-se os quadros separados para cada setor de pronto atendimento e para cada tipo de indicador.

Figura 22.1 Manter em até 8 minutos o tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco, a partir do registro do paciente no sistema – Pronto Atendimento Adulto.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de espera para classificação (00:08)		0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00
Total de atendimentos realizados		352									
Tempo médio real de espera para classificação		4,06									
Meta (em minutos)		8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. O tempo de atendimento médio para a classificação ficou em 00:04:06, mantivemos a média da meta de 00:08:00.

Este numero subiu em relação ao mes anterior devido ao aumento da procura dos pais após retorno as aulas para realização do teste Rapido de covid, Como plano de ação foi instituido um protocolo para liberação do paciente após teste negativo e paciente assintomatico;
Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

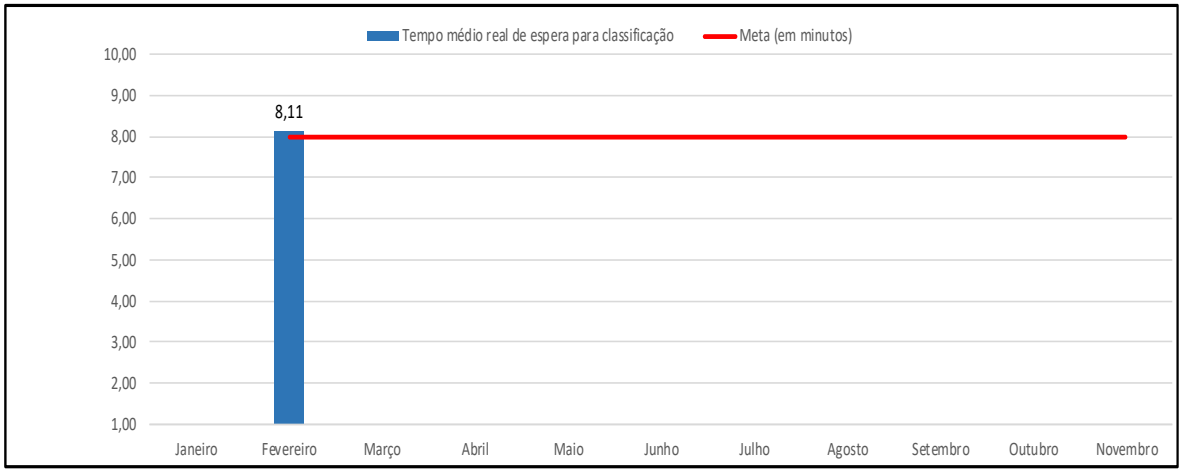
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 22.2 Manter em até 8 minutos o tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco, a partir do registro do paciente no sistema – Pronto Socorro Obstétrico.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.S.O

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de espera para classificação (00:08)		0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00
Total de atendimentos realizados		755									
Tempo médio real de espera para classificação		8,11									
Meta (em minutos)		8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada. O tempo de atendimento médio para a classificação ficou em 00:08:11, ficando acima da meta de 00:08:00.

Este numero subiu em relação ao mês anterior devido ao aumento da procura para realização do teste Rapido de covid.
Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

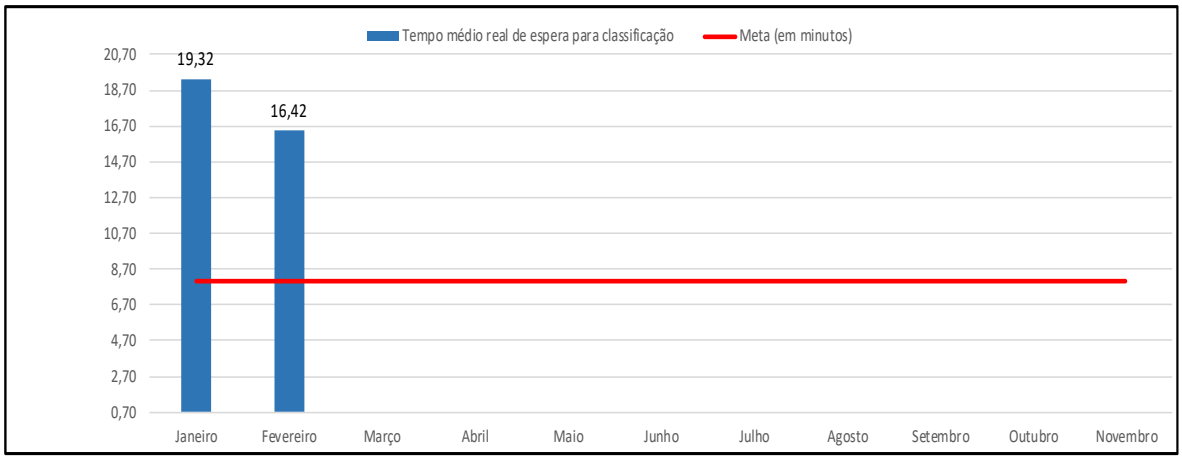
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 22.3 Manter em até 8 minutos o tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco, a partir do registro do paciente no sistema – Pronto Atendimento Infantil.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de espera para classificação (00:08)	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00
Total de atendimentos realizados	5517	4537									
Tempo médio real de espera para classificação	19,32	16,42									
Meta (em minutos)	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada. O tempo de atendimento médio para a classificação ficou em 00:16:42, ficando acima da meta de 00:08:00.

O fluxo de coleta do antigeno de Covid tem um reflexo importante no tempo, tendo um impacto na espera para a classificação e acolnhimento de todos os pacientes.

Foi realizado uma amostragem de 3.888 do total de 4.537 atendimentos no Pronto Socorro Infantil, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 30_ atendimentos PAI Fevereiro 2022**

FONTE: Estatistica de Enfermagem

Após uma breve reunião com a auditoria da SMSA para explicação sobre análise dos resultados e os relatórios apresentados na prestação de contas de dezembro/2021.

Desmembramos os indicadores pelas portas de entrada, pois conforme informado não seria aceito a média de tempo das 3 unidades: P.A, P.S.O e P.A.I., entendemos que a pontuação será proporcional aos índices alcançados em cada indicador, não podendo ser dado uma nota geral em função de apenas 1 indicador desmembrado ter sido negativo.

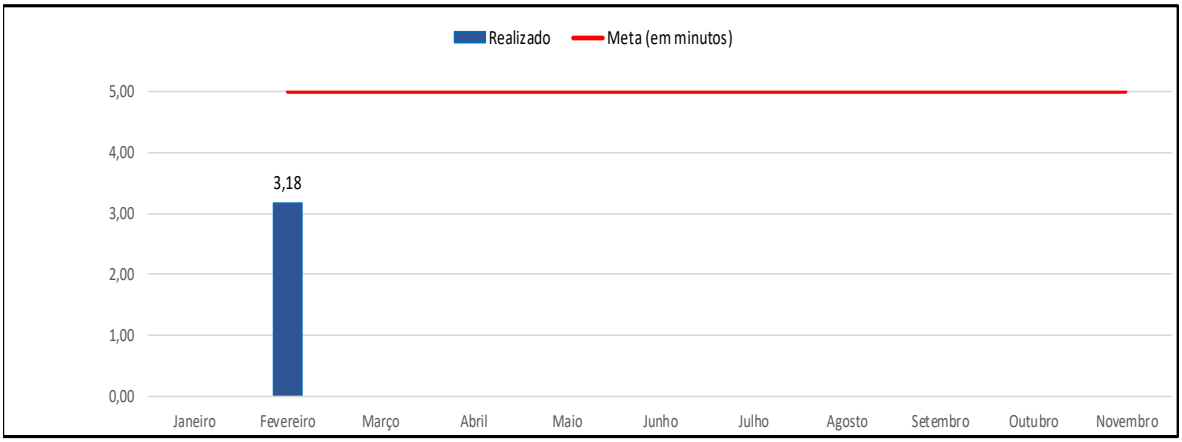
Exemplo: indicador de tempo de tempo de espera – P.A e PSO na meta e P.A.I fora da meta - pontuação máxima de 0,5 pontos dividido por 3 e multiplicado por 2, pontuação final de 0,3.

Figura 23.1 Manter em até 5 minutos o tempo médio de duração da classificação de risco – Pronto Atendimento Adulto.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TEMPO MÉDIO DE DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:05)		00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00
Total de atendimentos realizados		352									
Realizado		3,18									
Meta (em minutos)		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos a média de duração da classificação de Risco em 05 minutos;

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

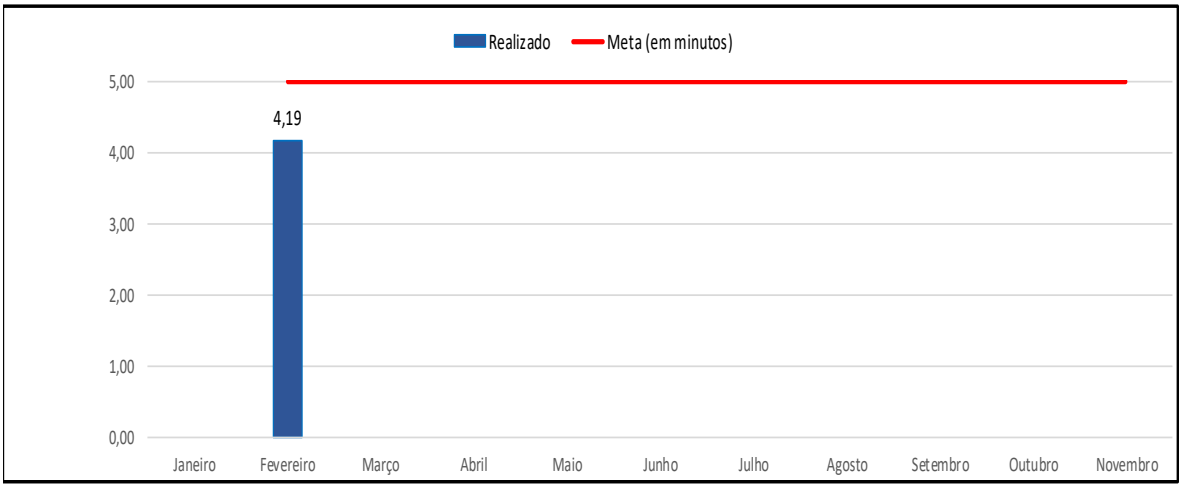
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 23.2 Manter em até 5 minutos o tempo médio de duração da classificação de risco – Pronto Socorro Obstétrico.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TEMPO MÉDIO DE DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PSO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:05)		00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00
Total de atendimentos realizados		755									
Realizado		4,19									
Meta (em minutos)		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos a média de duração da classificação de Risco em 05 minutos;

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

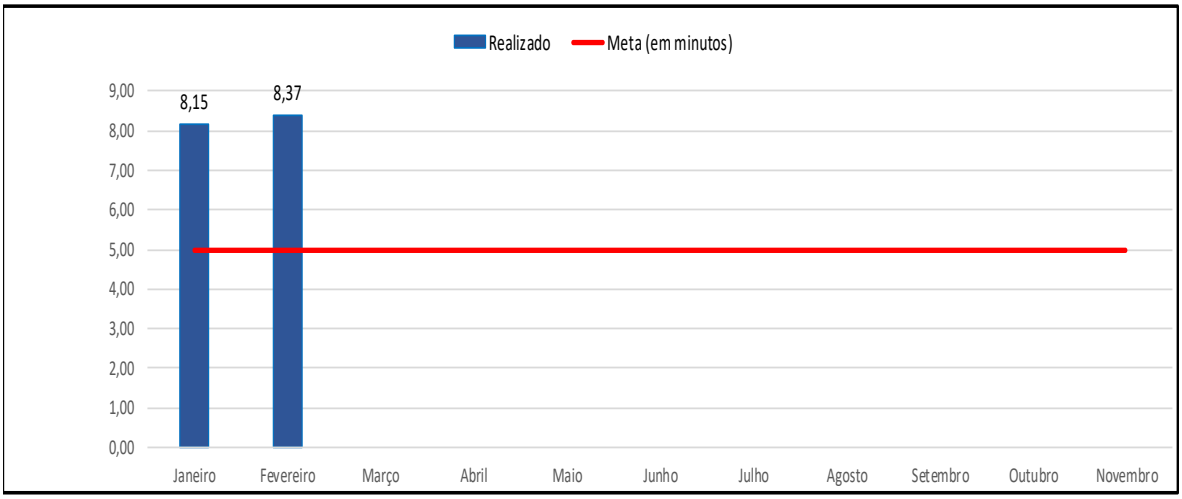
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 23.3 Manter em até 5 minutos o tempo médio de duração da classificação de risco – Pronto Atendimento Infantil.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TEMPO MÉDIO DE DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:05)	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00
Total de atendimentos realizados	5517	4537									
Realizado	8,15	8,37									
Meta (em minutos)	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada. O tempo de atendimento médio de duração da classificação ficou em 00:08:37, ficando acima da meta de 00:05:00.

O fluxo de coleta do antigeno de Covid tem um reflexo importante no tempo, tendo um impacto na classificação e acolnhimento de todos os pacientes, levando em consideração toda a orientação e encaminhamento para a realização do exame.

Foi realizado uma amostragem de 3.888 do total de 4.537 atendimentos no Pronto Socorro Infantil, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 30_ atendimentos PAI Fevereiro 2022**

FONTE: Estatistica de Enfermagem

Após uma breve reunião com a auditoria da SMSA para explicação sobre análise dos resultados e os relatórios apresentados na prestação de contas de dezembro/2021.

Desmembramos os indicadores pelas portas de entrada, pois conforme informado não seria aceito a média de tempo das 3 unidades: P.A, P.S.O e P.A.I., entendemos que a pontuação será proporcional aos índices alcançados em cada indicador, não podendo ser dado uma nota geral em função de apenas 1 indicador desmembrado ter sido negativo.

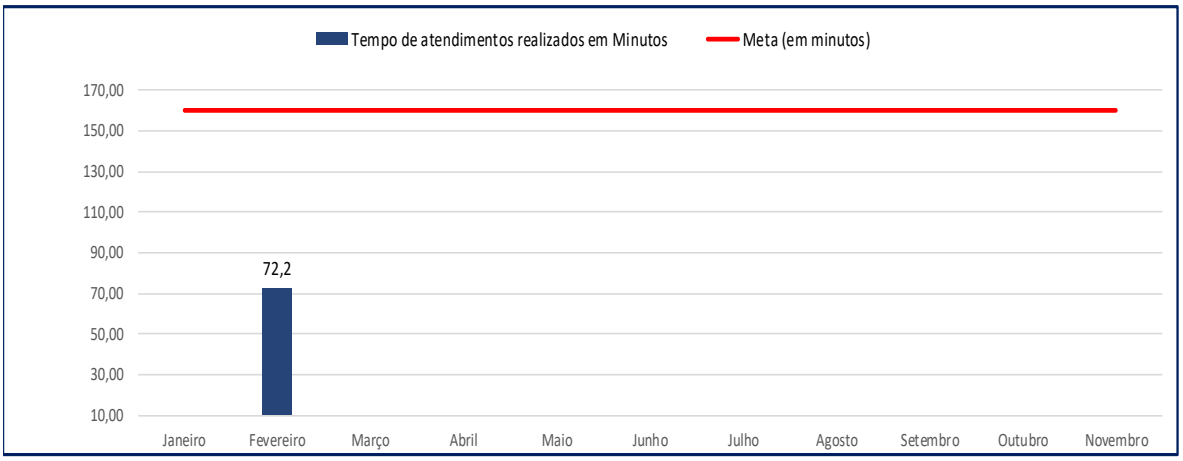
Exemplo: indicador de tempo de tempo de espera – P.A e PSO na meta e P.A.I fora da meta - pontuação máxima de 0,5 pontos dividido por 3 e multiplicado por 2, pontuação final de 0,3.

Figura 24.1 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Adulto (classificação azul)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (02:40)	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00
Nº de atendimentos realizados Azul Não Urgente (160 minutos)		273									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		72,2									
Meta (em minutos)	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos uma média de espera em 01:12:20 para os pacientes classificados como Azul;
Foi realizado uma amostragem de 352 do total de 916 atendimentos no Pronto Atendimento Adulto, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.
Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

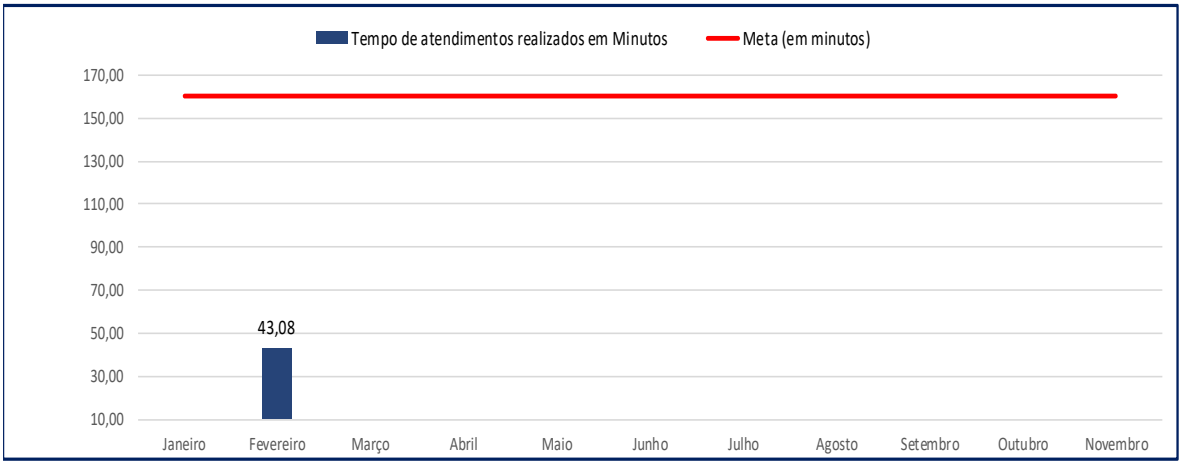
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.2 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Socorro Obstétrico (classificação azul)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PSO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (02:40)	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00
Nº de atendimentos realizados Azul Não Urgente (160 minutos)		545									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		43,08									
Meta (em minutos)	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos uma média de espera em 00:43:08 para os pacientes classificados como Azul;
Foi realizado uma amostragem de 621 do total de 955 atendimentos no Pronto Socorro Obstetrico, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.
Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

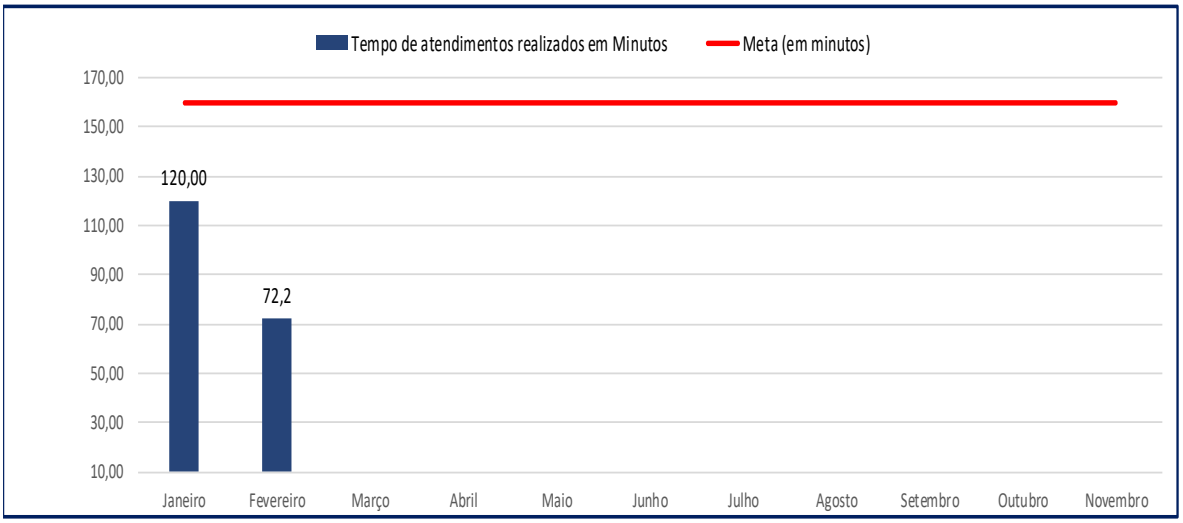
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.3 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Infantil (classificação azul)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (02:40)	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00
Nº de atendimentos realizados Azul Não Urgente (160 minutos)	1943	2008									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	120,00	72,2									
Meta (em minutos)	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos uma média de espera em 01:12:20 para os pacientes classificados como Azul;
Foi realizado uma amostragem de 3.888 do total de 4.537 atendimentos no Pronto Socorro Infantil, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.
Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 30_ atendimentos PAI Fevereiro 2022**

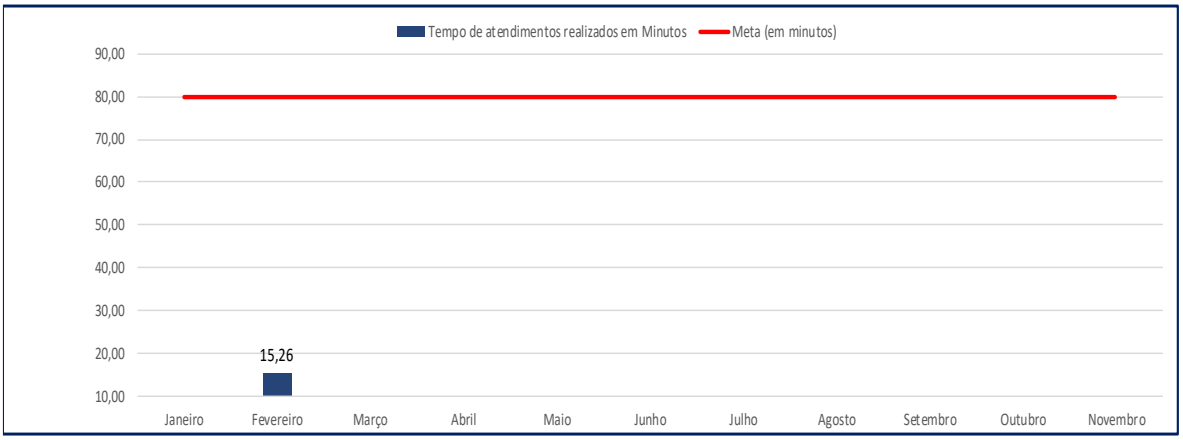
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.4 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Adulto (classificação verde)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (01:20)	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00
Nº de atendimentos realizados Verde Pouco Urgente (80 MINUTOS)		56									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		15,26									
Meta (em minutos)	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos um tempo médio de espera igual a 00:15:26, abaixo da média prevista de 80 minutos para os pacientes classificados como verde;
Foi realizado uma amostragem de 352 do total de 916 atendimentos no Pronto Socorro Obstetrico, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.
Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022

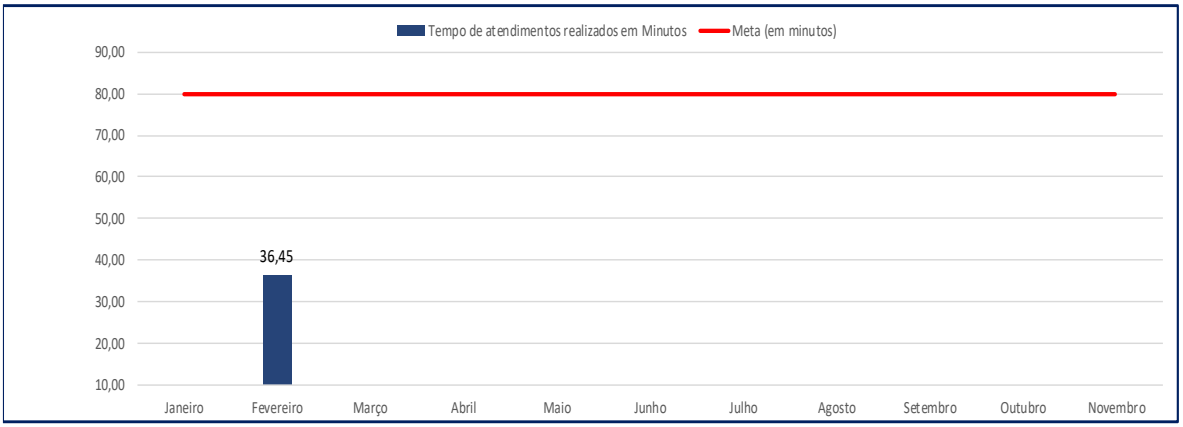
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.5 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Socorro Obstétrico (classificação verde)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PSO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (01:20)	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00
Nº de atendimentos realizados Verde Pouco Urgente (80 MINUTOS)		158									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		36,45									
Meta (em minutos)	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos um tempo médio de espera igual a 00:36:45, abaixo da média prevista de 80 minutos para os pacientes classificados como verde;
Foi realizado uma amostragem de 621 do total de 955 atendimentos no Pronto Socorro Obstetrico, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.
Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022

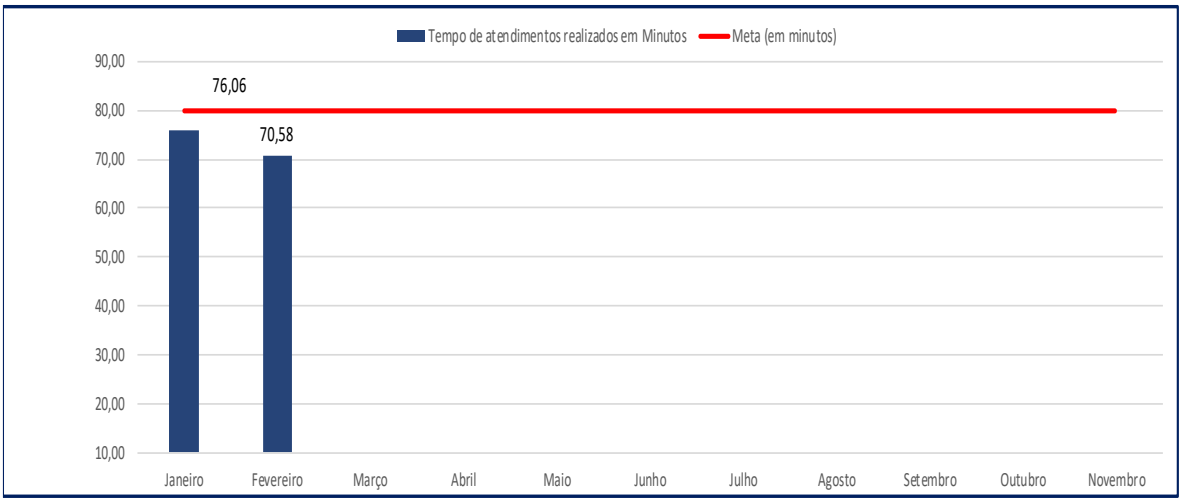
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.6 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Infantil (classificação verde)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (01:20)	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00	01:20:00
Nº de atendimentos realizados Verde Pouco Urgente (80 MINUTOS)	2862	1493									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	76,06	70,58									
Meta (em minutos)	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos uma média de 01:10:58, ficando abaixo da média de espera em 80 minutos para os pacientes classificados como VERDE;
Foi realizado uma amostragem de 3.888 do total de 4.537 atendimentos no Pronto Socorro Infantil, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.
Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 30_ atendimentos PAI Fevereiro 2022**

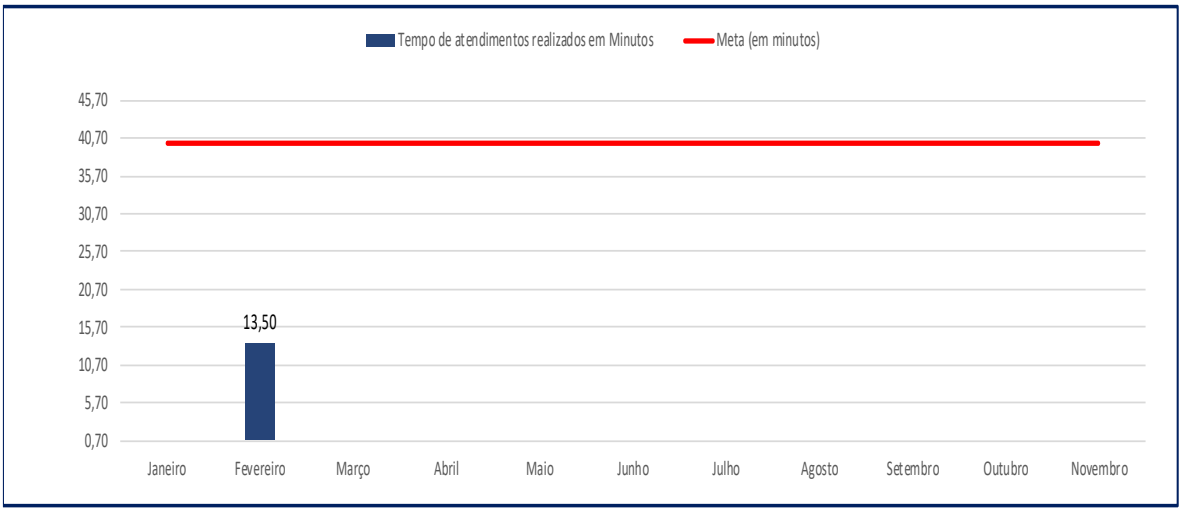
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.7 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Adulto (classificação amarela)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICAB1:S33

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:40)	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00
Nº de atendimentos realizados Amarelo Urgente (40 minutos)		24									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		13,50									
Meta (em minutos)	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Mantivemos uma média de espera de 00:13:40 ficando abaixo da meta de 00:40:00 minutos para os pacientes classificados como amarelo;

Foi realizado uma amostragem de 352 do total de 916 atendimentos no Pronto Socorro Obstetrico, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

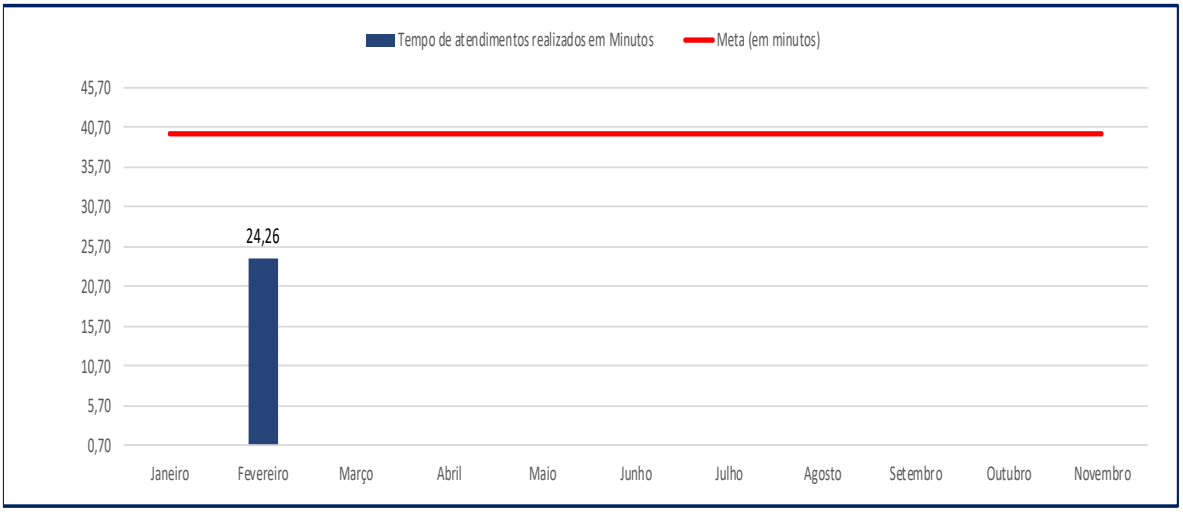
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.8 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Socorro Obstétrico (classificação amarela)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - PSO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:40)	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00
Nº de atendimentos realizados Amarelo Urgente (40 minutos)		47									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		24,26									
Meta (em minutos)	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Mantivemos uma média de espera de 00:24:26, ficando abaixo da meta de 00:40:00 minutos para os pacientes classificados como amarelo;

Foi realizado uma amostragem de 621 do total de 955 atendimentos no Pronto Socorro Obstetrico, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022

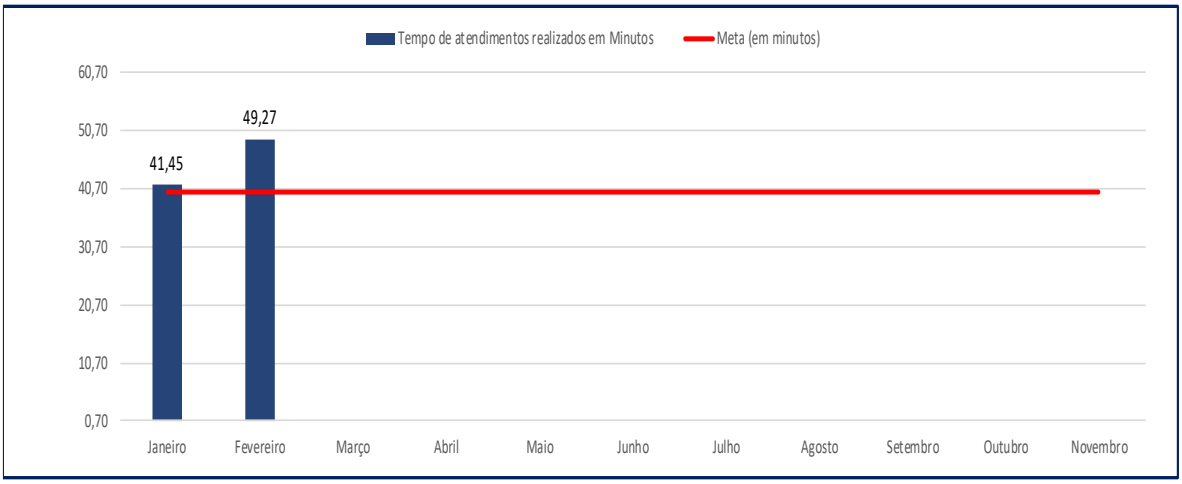
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.9 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Infantil (classificação amarela)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:40)	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00
Nº de atendimentos realizados Amarelo Urgente (40 minutos)	596	360									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	41,45	49,27									
Meta (em minutos)	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Mantivemos uma média de espera em 00:49:27 minutos para os pacientes classificados como amarelo, tivemos mudanças em fluxos e rotinas devido o aumento na demanda de casos suspeitos e positivos para covid-19.

Foi realizado uma amostragem de 3.888 do total de 4.537 atendimentos no Pronto Socorro Infantil, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 30_ atendimentos PAI Fevereiro 2022**

FONTE: Estatistica de Enfermagem

Após uma breve reunião com a auditoria da SMSA para explicação sobre análise dos resultados e os relatórios apresentados na prestação de contas de dezembro/2021.

Desmembramos os indicadores pelas portas de entrada, pois conforme informado não seria aceito a média de tempo das 3 unidades: P.A, P.S.O e P.A.I., entendemos que a pontuação será proporcional aos índices alcançados em cada indicador, não podendo ser dado uma nota geral em função de apenas 1 indicador desmembrado ter sido negativo.

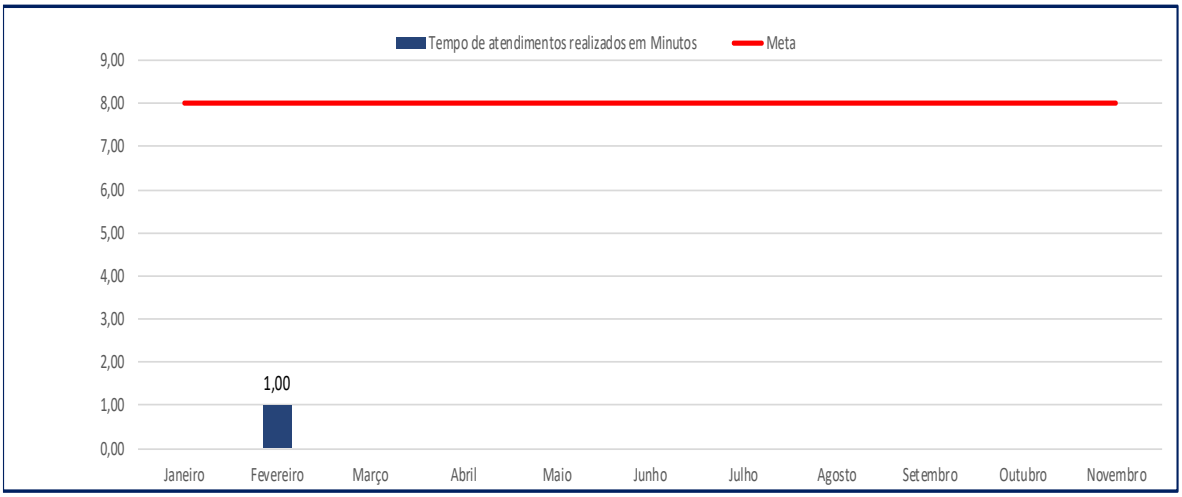
Exemplo: indicador de tempo de tempo de espera – P.A e PSO na meta e P.A.I fora da meta - pontuação máxima de 0,5 pontos dividido por 3 e multiplicado por 2, pontuação final de 0,3.

Figura 24.10 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Adulto (classificação laranja)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:08)	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)		1									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		1,00									
Meta	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Todos os atendimentos classificados como laranja são atendidos de imediato.

Foi realizado uma amostragem de 352 do total de 916 atendimentos no Pronto Atendimento Adulto, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

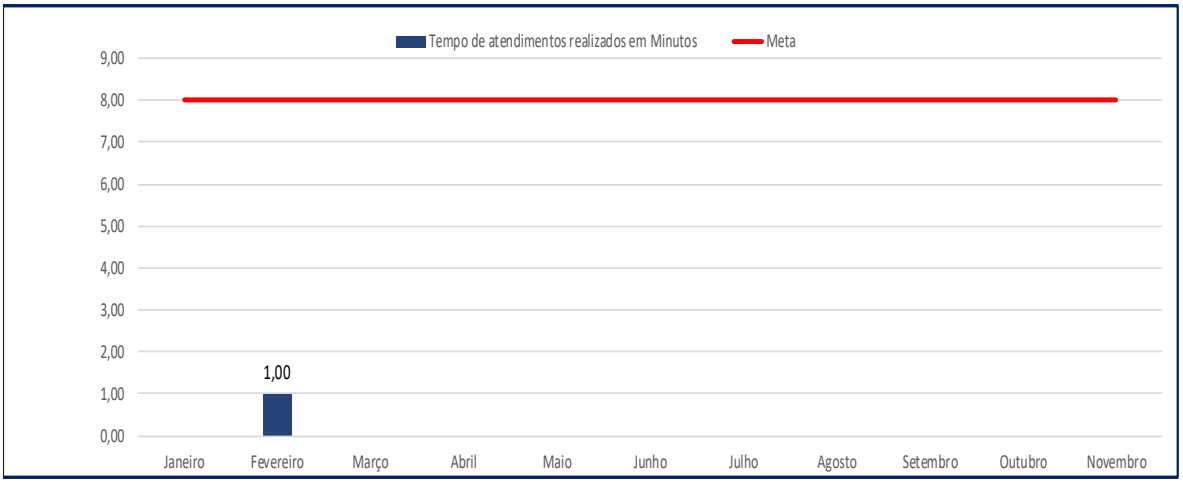
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.11 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Socorro Obstétrico (classificação laranja)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PSO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:08)	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)		3									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		1,00									
Meta	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Todos os atendimentos classificados como laranja são atendidos de imediato.

Foi realizado uma amostragem de 621 do total de 955 atendimentos no Pronto Socorro Obstetrico, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

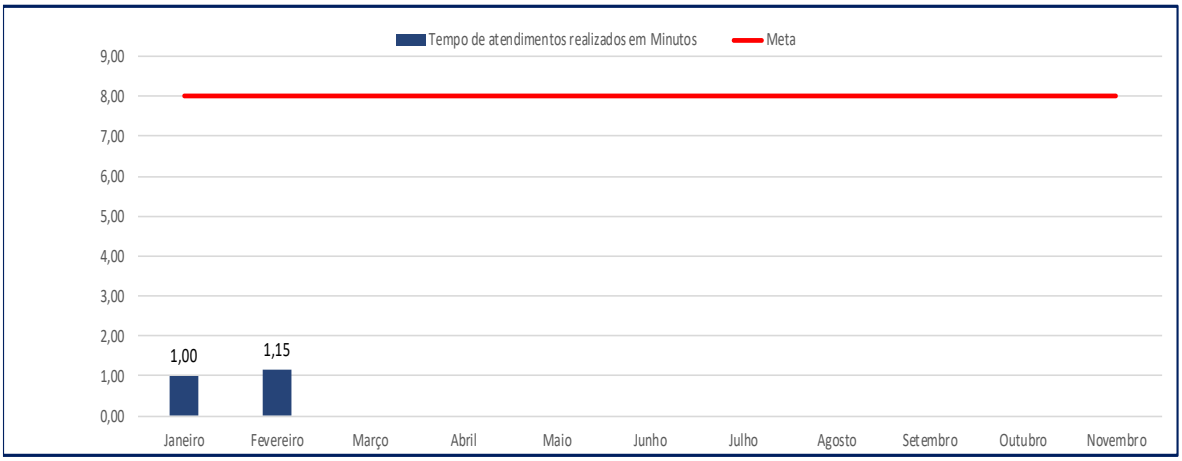
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.12 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Infantil (classificação laranja)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:08)	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)	49	24									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	1,00	1,15									
Meta	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Todos os atendimentos classificados como laranja são atendidos de imediato.

Foi realizado uma amostragem de 3.888 do total de 4.537 atendimentos no Pronto Socorro Infantil, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 30_ atendimentos PAI Fevereiro 2022**

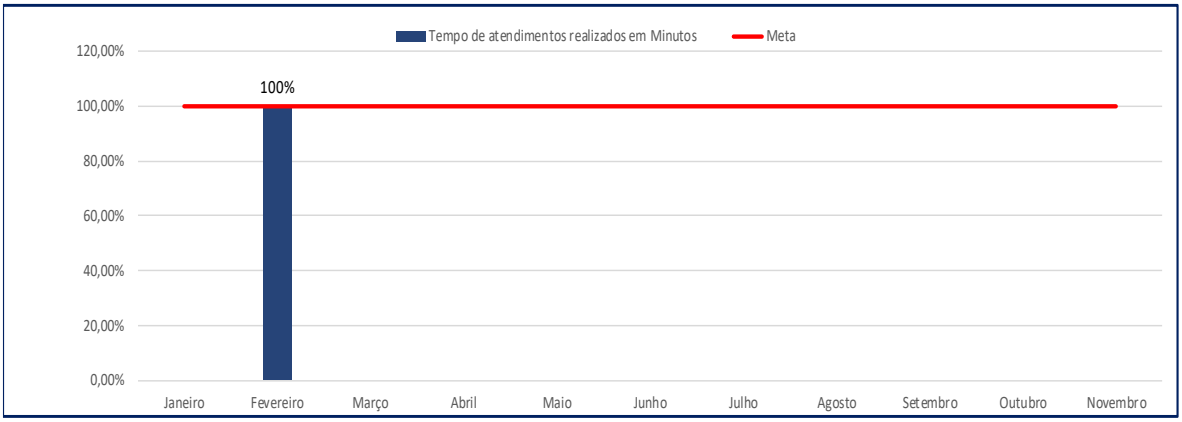
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.13 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Adulto (classificação vermelho)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO P.A

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:08)	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)		1									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		100%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Todos os atendimentos classificados como vermelho são atendidos de imediato.

Foi realizado uma amostragem de 352 do total de 916 atendimentos no Pronto Atendimento Adulto como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

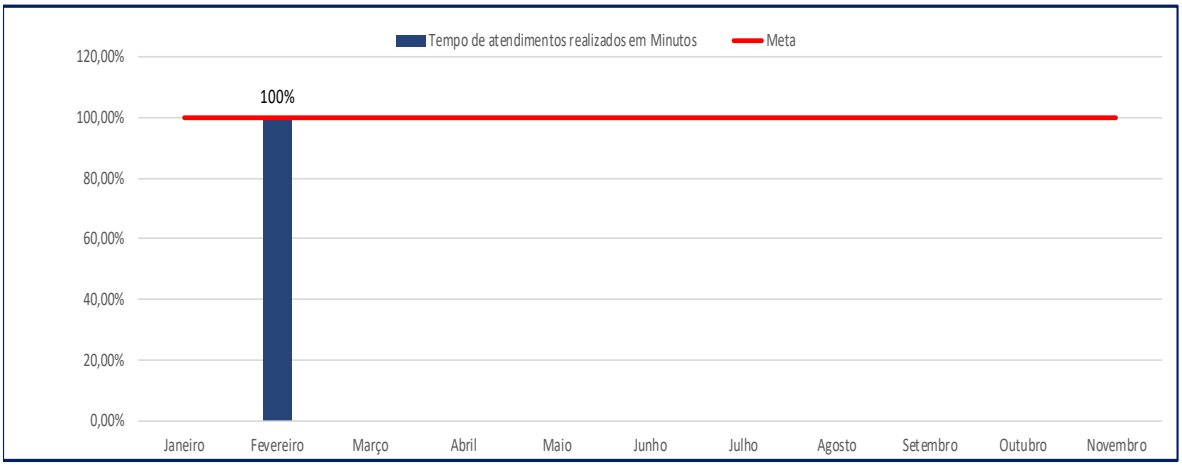
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.14 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Socorro Obstétrico (classificação vermelho)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PSO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:08)	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)		2									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos		100%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Todos os atendimentos classificado como vermerlho são atendidos de imediato.

Foi realizado uma amostragem de 621 do total de 955 atendimentos no Pronto Socorro Obstetrico, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 31_ atendimentos PSO-PA Fevereiro 2022**

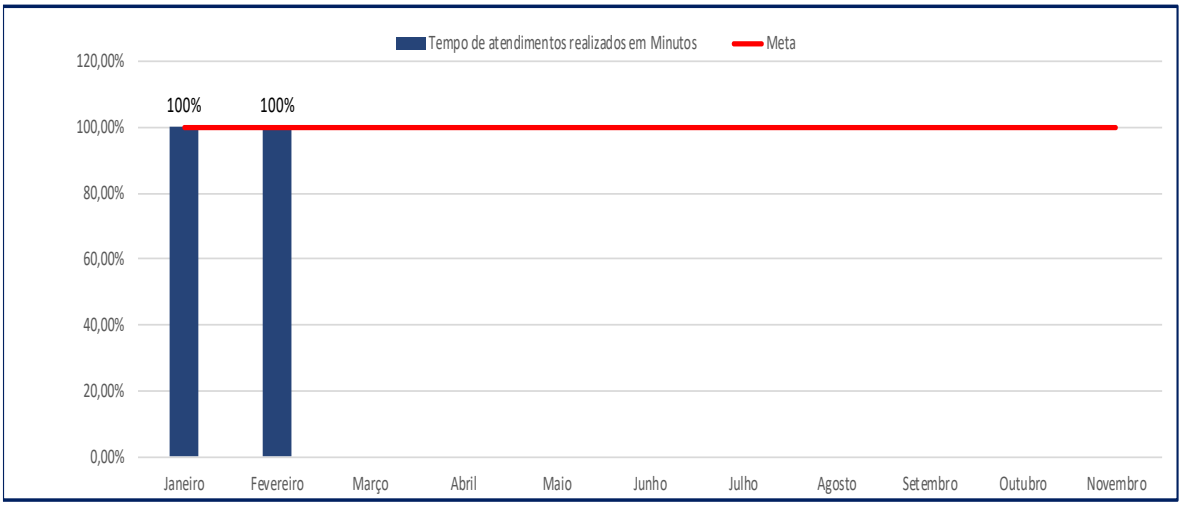
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.15 Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Atendimento Infantil (classificação vermelho)

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:08)	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)	17	3									
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	100%	100%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Todos os atendimentos classificados como vermelho são atendidos de imediato.

Foi realizado uma amostragem de 3.888 do total de 4.537 atendimentos no Pronto Socorro Infantil, como plano de ação para realizarmos a classificação no total de atendimentos estamos implantando nos próximos meses toda a classificação no Sistema Tasy.

Segue anexo em mídia digital a planilha de atendimentos, na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta **C_ Anexo 30_ atendimentos PAI Fevereiro 2022**

FONTE: Estatistica de Enfermagem

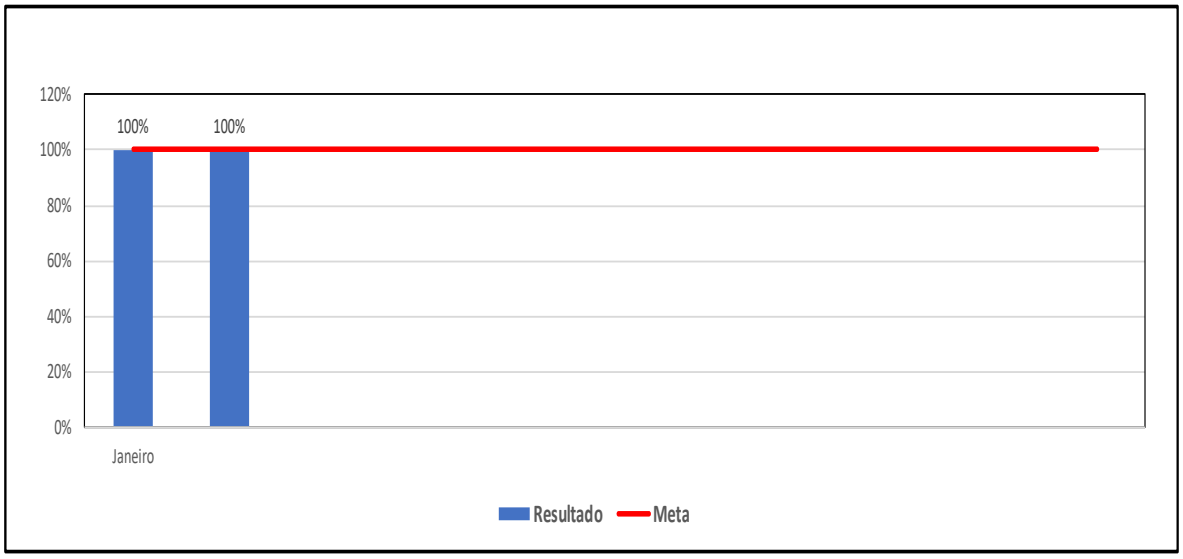
H) Indicador: Notificação de Agravos

Figura 30. Notificar 100% dos agravos de notificação compulsória em saúde.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de notificação emitidas	545	1881									
Nº de notificação registradas - SINAN	545	1881									
Resultado	100%	100%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada

As notificações são preenchidas nos setores de atendimento do paciente e encaminhadas para o setor do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital.

Foram abertas 1881 notificações durante o mês de fevereiro, sendo 1807 para casos com suspeita de Covid-19 conforme relatorio pelo NVEH - HMA.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

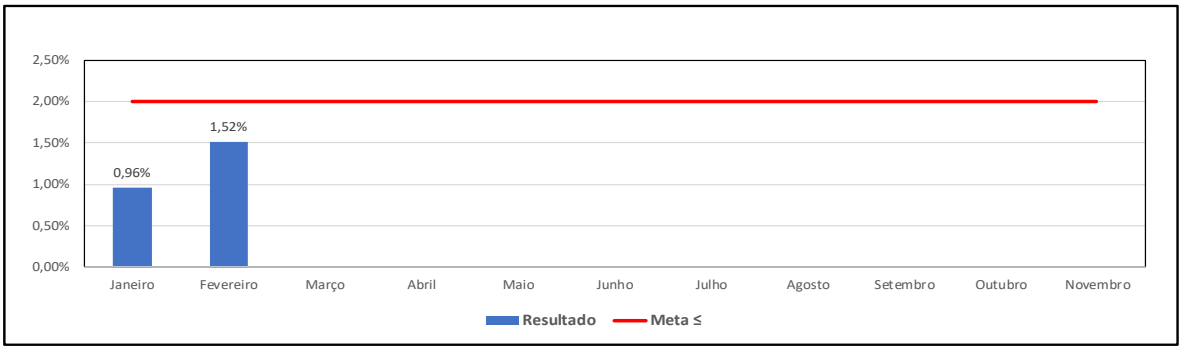
I) Indicador: Taxa de infecção Hospitalar:

Figura 31. Apresentar Taxa Global de Infecção Hospitalar ≤ 2%

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR - GERAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de infecções hospitalares	5	7									
Nº total de saídas	521	462									
Resultado	0,96%	1,52%									
Meta ≤	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.
O percentual de IRAS foi de 1,52% ficando abaixo da meta de 2%.

PACIENTE N.F.S - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IS), decorrente de complicação de uma incisão e sutura na pele com exérese de lipoma. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de dor, sinais flogísticos com deiscência e drenagem de secreção purulenta e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica. A cirurgia ocorreu em janeiro, entrando para os indicadores de infecção do mês de fevereiro de 2022.

PACIENTE C.B.L - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IP), decorrente de complicação de uma Hernioplastia Incisional Umbilical, inguinal A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de drenagem de secreção escurecida e sero hemática, sinais flogísticos, dor e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

R. N. T. R. O – desenvolveu Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) definida clinicamente. É um paciente que nasceu pré-termo, extremo baixo peso e já está internado na instituição há dois meses, devido seu quadro clínico. Na data de piora do quadro clínico estava mais de 48 horas entubado, apresentou opacificação em exame de imagem (raio-x), leucocitose, piora da troca gasosa, dispneia e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

A.R.D – desenvolveu Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) definida clinicamente. É um paciente que foi admitido na UTI geral com um quadro de Hipotensão, taquicardia, dispneia e com hipotese diagnóstica de PNM e Broncoespasmo, após 07 dias apresentou febre de 38,4, alteração da ausculta pulmonar e opacificação em exame de imagem (raio-x), leucocitose, piora da troca gasosa, dispneia e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

Cirurgias Potencialmente contaminadas / Cirurgia Geral;

M.V.S - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC-OC), decorrente de complicação de uma Colecistecmia. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de dor, drenagem de abscesso e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica. A cirurgia ocorreu em janeiro, entrando para os indicadores de infecção do mês de fevereiro de 2022.

Cirurgias Potencialmente contaminada/Cesárea;

P.B.S - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), decorrente de complicação de uma CST . A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de dor, drenagem de secreção purulenta e rubor no local. A cirurgia ocorreu em janeiro, entrando para os indicadores de infecção do mês de fevereiro de 2022.

K.C.C- desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), decorrente de complicação de uma CST . A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de dor, drenagem de secreção purulenta e rubor no local. A cirurgia ocorreu em janeiro, entrando para os indicadores de infecção do mês de fevereiro de 2022.

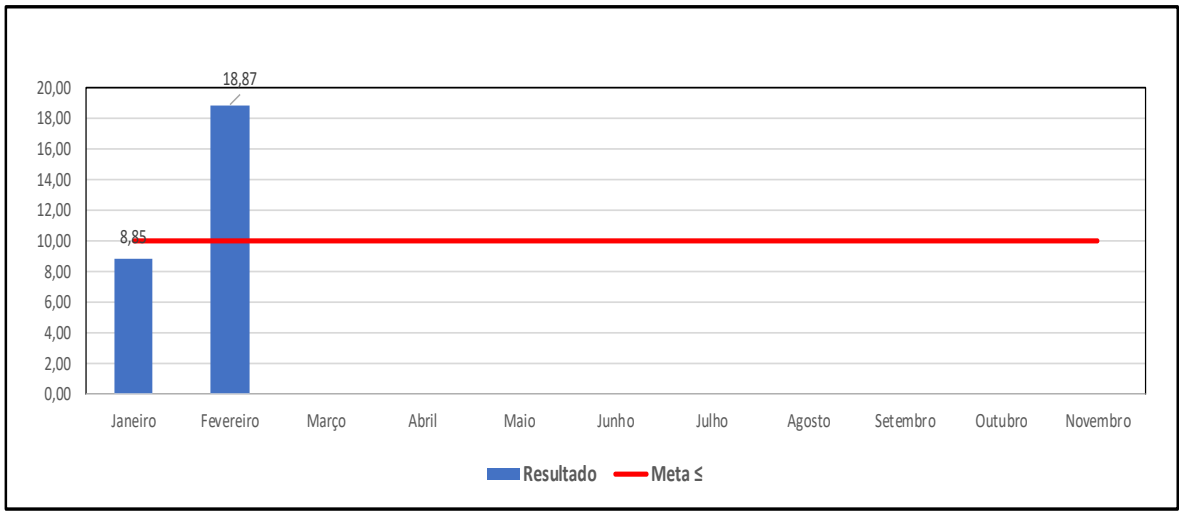
FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

Figura 32. Apresentar densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM) ≤ 10

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VM

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de pacientes com PNM associado a VM	1	2									
Nº paciente dia em Vm	113	106									
Resultado	8,85	18,87									
Meta ≤	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não Realizada. O numero de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica foi de 18,37 dentre os 106 pacientes que fizeram uso de ventilação mecânica, ficando acima da taxa de 10.

R. N. J. P.S – desenvolveu Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) definida clinicamente. É um paciente que nasceu pré-termo, extremo baixo peso, apneia, Sindrome do desconforto resp. grau 2/3, já está internado na instituição há dois meses, devido seu quadro clínico. Na data de piora do quadro clínico estava mais de 48 horas entubado, apresentou infiltrado Intesticial em exame de imagem (raio-x), leucocitose, piora da troca gasosa, dispneia e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

R. N. T. R. O – desenvolveu Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) definida clinicamente. É um paciente que nasceu pré-termo, extremo baixo peso e já está internado na instituição há dois meses, devido seu quadro clínico. Na data de piora do quadro clínico estava mais de 48 horas entubado, apresentou opacificação em exame de imagem (raio-x), leucocitose, piora da troca gasosa, dispneia e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

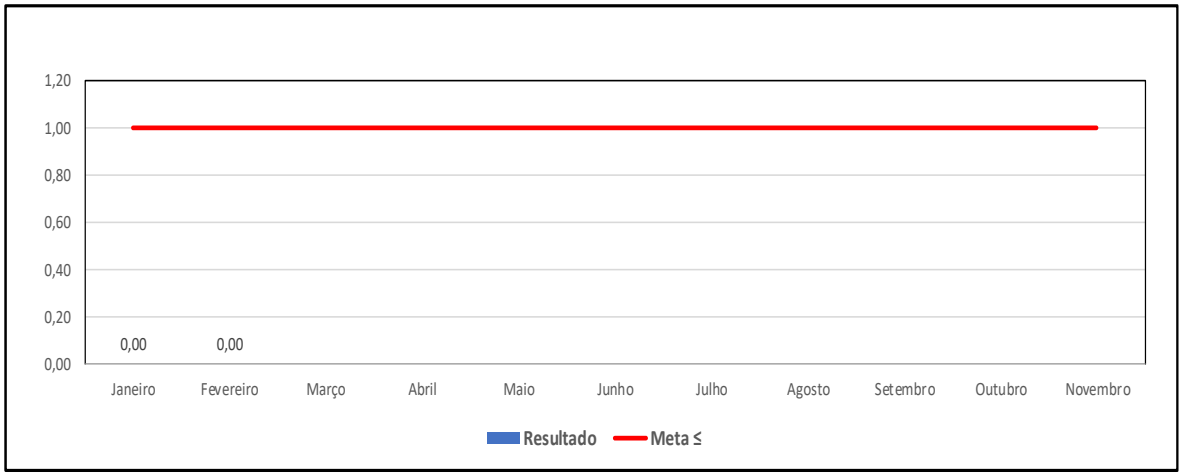
FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

Figura 33. Apresentar densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV) ≤ 1

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

DENSIDADE DE ITU ASSOCIADA AO CV

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de pacientes com ITU associado a CV	0	0									
Nº pacientes dia com CV	237	256									
Resultado	0,00	0,00									
Meta ≤	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O numero de Infecção do Trato Urinário (ITU) foi de zero dentre os 256 pacientes que fizeram uso do Cateter Vesical de Demora (CVD), ficando abaixo da meta de 1.

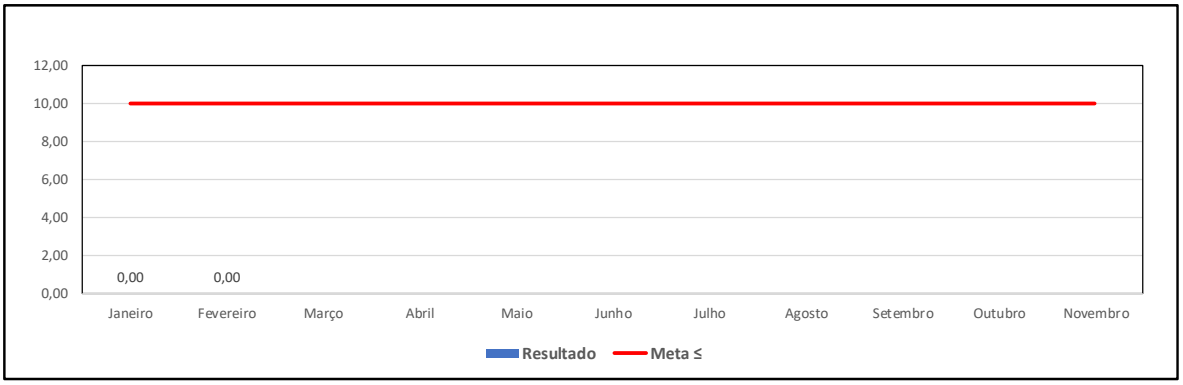
FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

Figura 34. Apresentar densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC) ≤ 10

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE ICS X CVC

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de pacientes com IPCS associado a CVC	0	0									
Nº pacientes dia com CVC	181	274									
Resultado	0,00	0,00									
Meta ≤	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O número de Infecção Primária de Corente Sanguínea (IPCS) foi de 0 dentre os 274 pacientes que fizeram uso de Cateter Venoso Central (CVC), ficando abaixo da meta de 10.

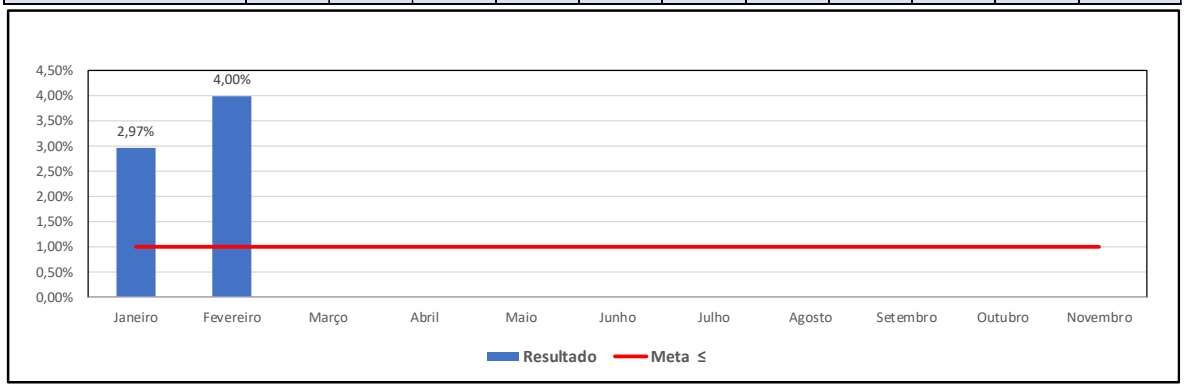
FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

Figura 35. Apresentar a incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) - cirurgias limpas ≤ 1

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

TAXA DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA LIMPA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de ISC em cirurgias limpas	3	2									
Nº cirurgias limpas realizadas	101	50									
Resultado	2,97%	4,00%									
Meta ≤	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Não Realizada. O número de Infecção do Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas foi de 2 dentre as 50 cirurgias realizadas, as quais foram consideradas limpas, ficando acima da meta de 1%.

PACIENTE N.F.S - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IS), decorrente de complicação de uma incisão e sutura na pele com exérese de lipoma. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de dor, sinais flogísticos com deiscência e drenagem de secreção purulenta e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica. A cirurgia ocorreu em janeiro, entrando para os indicadores de infecção do mês de fevereiro de 2022.

PACIENTE C.B.L - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IP), decorrente de complicação de uma Hernioplastia Incisional Umbilical, inguinal A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de drenagem de secreção escurecida e sero hemática, sinais flogísticos, dor e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

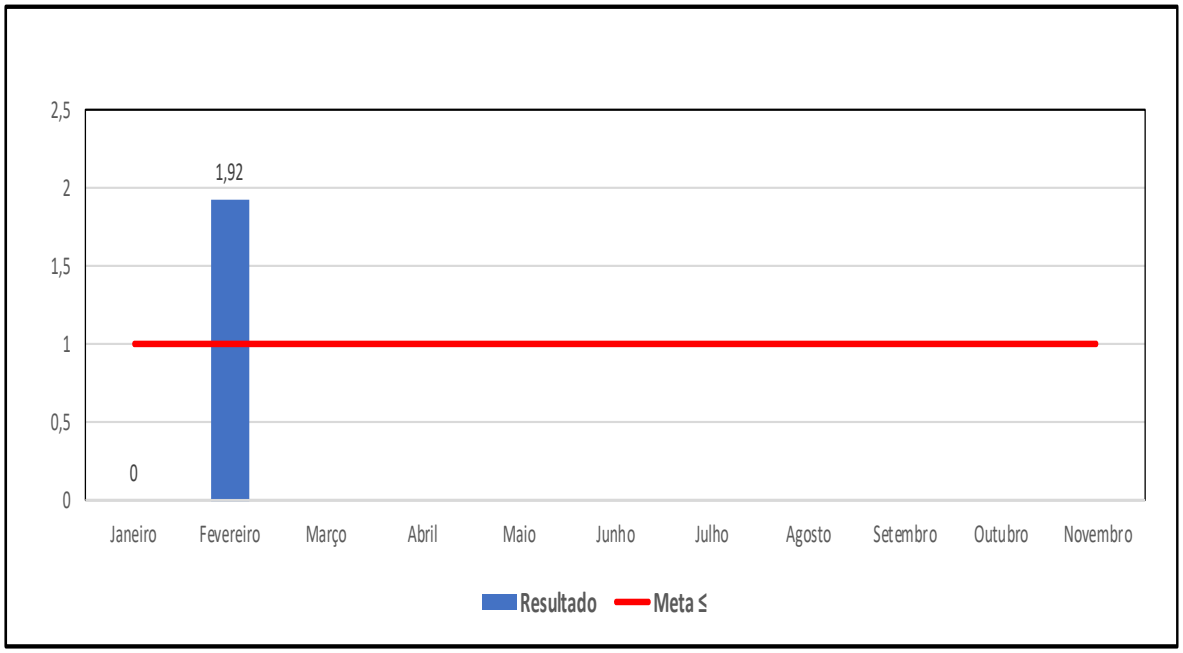
J) Indicador: Incidência de queda do paciente:

Figura 36. Apresentar incidência de quedas de pacientes internados ≤ 1

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE QUEDA DO PACIENTE

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº quedas	0	1									
Nº paciente dia	918	520									
Resultado	0	1,92									
Meta ≤	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Não Realizada.

Tivemos uma queda na Unidade de Internação da Clinica Médica;

R.J.T 44 anos caiu do mesmo nível ao retornar do banheiro, acomodada ao leito e acionado o médico para examinar, no qual não houve danos para o paciente.

FONTE: Estatistica de Enfermagem.

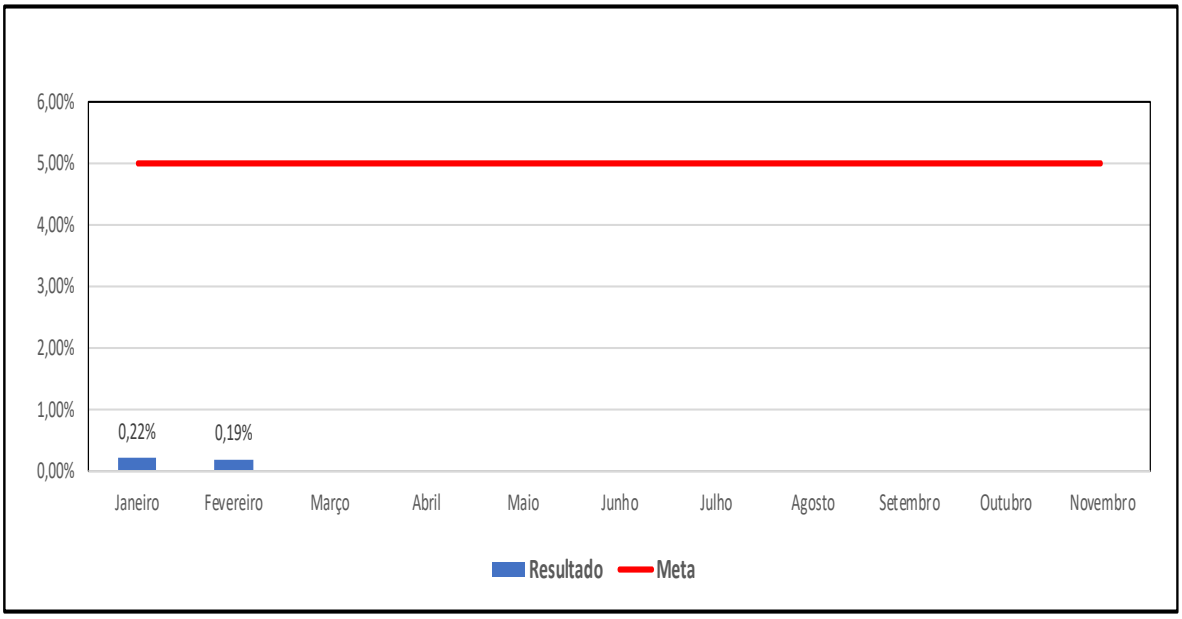
K) Indicador: Incidência de úlcera por pressão:

37. Apresentar incidência de úlceras por pressão (UPP) em pacientes internados ≤ 5

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESÃO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº casos novos de pacientes com UPP	2	1									
Nº pacientes expostos ao risco de adquirir UPP	918	520									
Resultado	0,22%	0,19%									
Meta	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%



ANÁLISE CRÍTICA:

Meta realizada. A taxa de LPP foi de 0,19% para os 520 pacientes/dia expostos ao risco, conforme escala de braden realizada na admissão do paciente, ficando abaixo da meta de 5%.

Os pacientes que apresentaram LPP foram:

1. E. E. A / AT 1.138.905/87anos/ Paciente com 56 dias de internação/ Edema agudo de pulmão+ Sepse de foco urinário/ IOT no dia 22/01/2022 + TQT 08/02/2022, exsudato em MMSS, paciente dependente de oxigenioterapia, LPP em região calcâneo D de grau I, início da lesão registrada em 20/02/2022.

FONTE: Estatistica de Enfermagem / prontuário médico

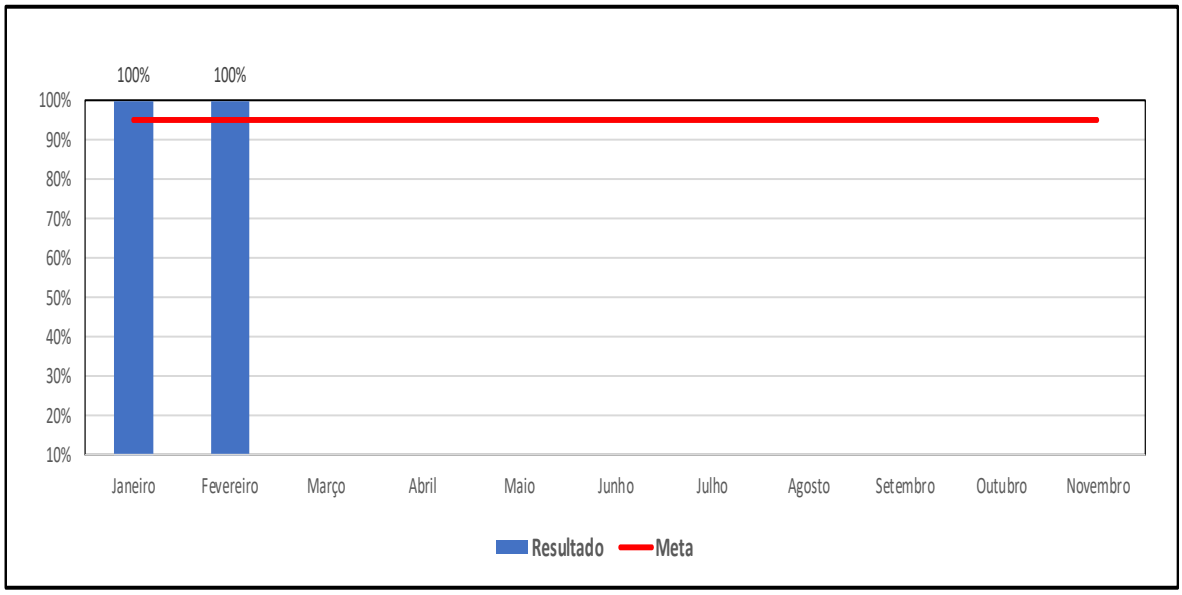
L) Indicador: Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura:

Figura 38. Apresentar a Taxa de adesão ao Protocolo de cirurgia segura ≥ 95%

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

TAXA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº cirurgias realizadas conforme protocolo de cirurgia segura	233	229									
Nº total de cirurgias realizadas	233	229									
Resultado	100%	100%									
Meta	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

A taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura foi de 100%, ficando acima da meta de 95%.

Verificação realizada em prontuário médico (físico).

FONTE: Prontuário médico

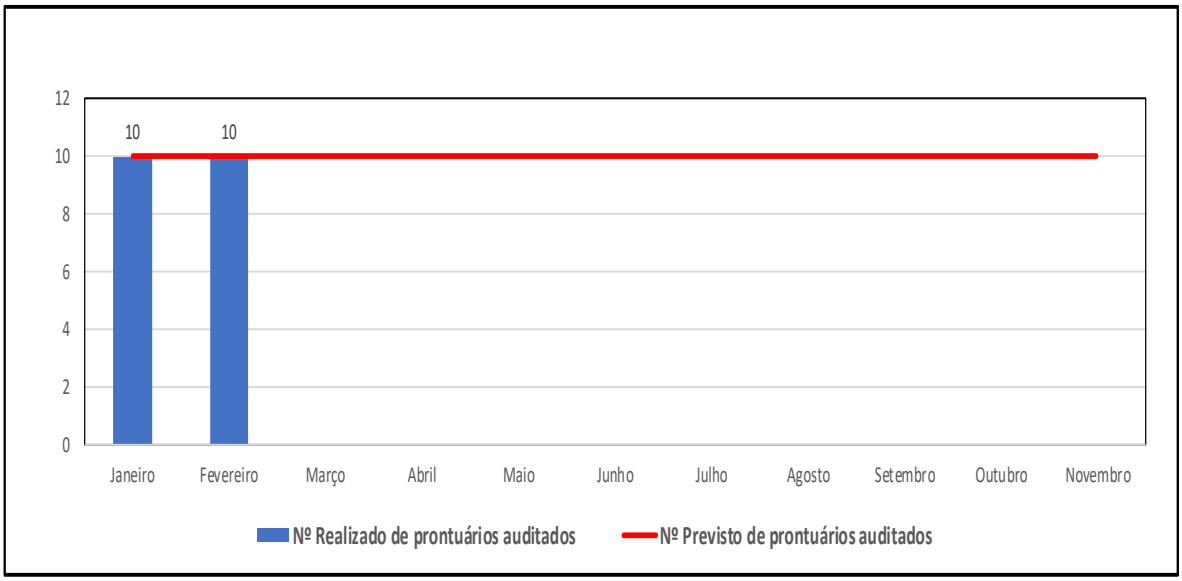
M) Indicador: Taxa de adesão aos protocolos do eixo crítico:

Figura 39. Seguir protocolos para pacientes atendidos no eixo crítico (Dor Torácica, AVC, Hemorragia digestiva, Insuficiência Respiratória, Abdome agudo (adulto/infantil), Fluxograma para egresso e Trauma.

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

TAXA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DO EIXO CRITICO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº saídas	70	60									
Nº Realizado de prontuários auditados	10	10									
Nº Previsto de prontuários auditados	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Foram atendidos o total de 60 pacientes e classificados como protocolo do Eixo Crítico, sendo analisados pela comissão de prontuários o total de 16,66%, ou seja, 10 atendimentos. Perfazendo 100%.

Plano de ação: Considerando a inclusão deste novo indicador nas atribuições da comissão de prontuários, informamos que foi elaborado um Checklist para verificação das informações relacionadas a esta meta, porém está em fase de validação podendo ser alterado caso haja necessidade de complementação.

Segue relatório na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 36_Protocolo Eixo Crítico**

FONTE: NIR / Prontuário médico

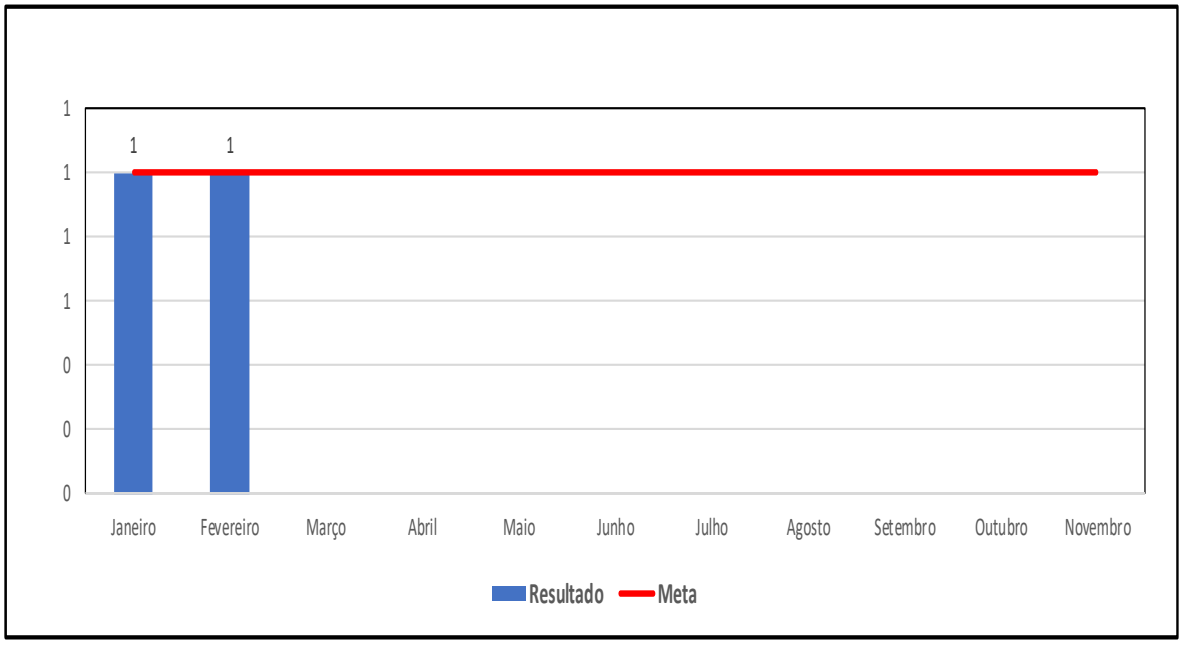
N) Indicador: Ação interna com funcionários, visando a segurança do paciente

40. Realizar mensalmente no mínimo uma (1) ação destinada à equipe, voltada à segurança do paciente (treinamento, capacitação, evento).

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

AÇÃO INTERNA COM FUNCIONÁRIOS, VISANDO SEGURANÇA DO PACIENTE

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº treinamentos planejados	1	1									
Nº treinamentos realizados	1	1									
Resultado	1	1									
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Segue o Relatório anexo em mídia digital, na pasta C- Indicadores qualitativos e quantitativos, arquivos:

C_Anexo 37_Protocolo de Medicação Segura, adm de medi. e paramentação

C_Anexo 38_Protocolo de Medicação Segura, adm de medicamento

C_Anexo 39_Protocolo de Medicação Segura- 6 Certos da adm segura

FONTE: Estatistica de Enfermagem.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

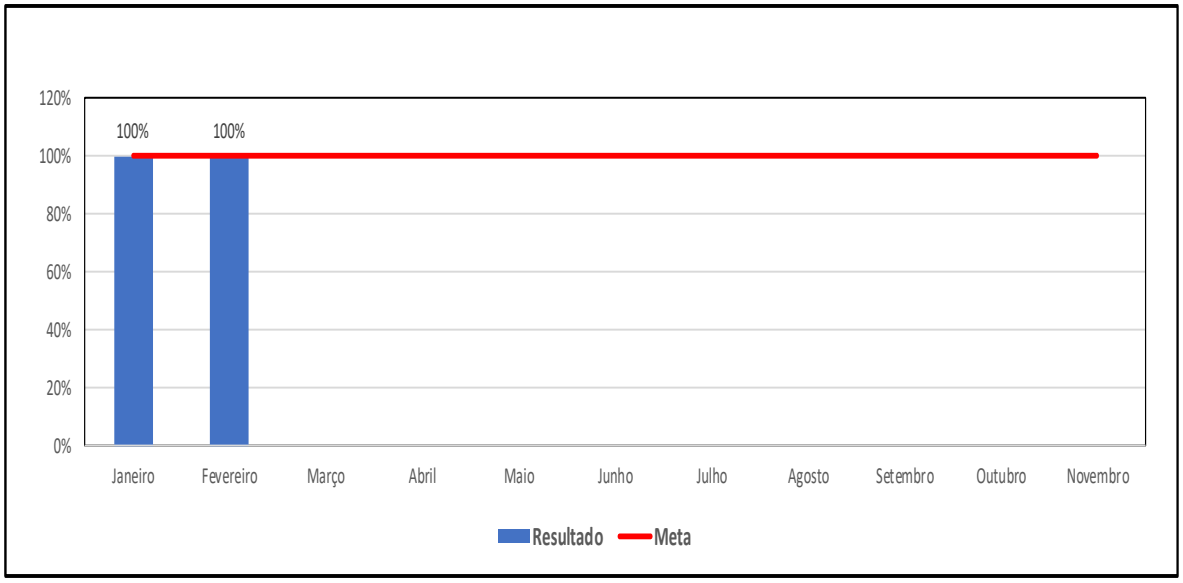
O) Indicador: Regulação de leitos psiquiátricos:

Figura 41. Disponibilizar 100% dos leitos para o Núcleo de regulação municipal.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

REGULAÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de internações realizadas via Central de Regulação	0	3									
Nº total de internações psiquiátricas	0	5									
Resultado	100%	100%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Em Fevereiro foram atendindos 05 pacientes psiquiatricos, conforme relacionado abaixo:

03/02/2022 A.C.A.P - Intoxicação Exogena;

02/02/2022 P.M.A - Trabalho de parto dentro do carro no caminho para o hospital. Acionado conselho tutelar e CAPS. Bebê entregue ao pai juntamente com o conselho tutelar, que acompanhou a alta da paciente. Encaminhada para o CAPS;

16/02/2022 J.R.S - Tentativa de Suicido;

18/02/2022 - T. R. S. - Gestante 33 semanas. Realizados exames laboratoriais e ultrassonografia. Testes rapidos de covid,sifili, HIV e hepatite. Transferida para leito psiquiatrico na cidade de Irati, acompanhada pelo CAPS;

25/02/22. F. R. M. - Internada em Realizados exames laboratoriais, ultrassonografia e teste rapidos de covid, HIV, sifilis e hepatite.

FONTE: NIR / Prontuário médico

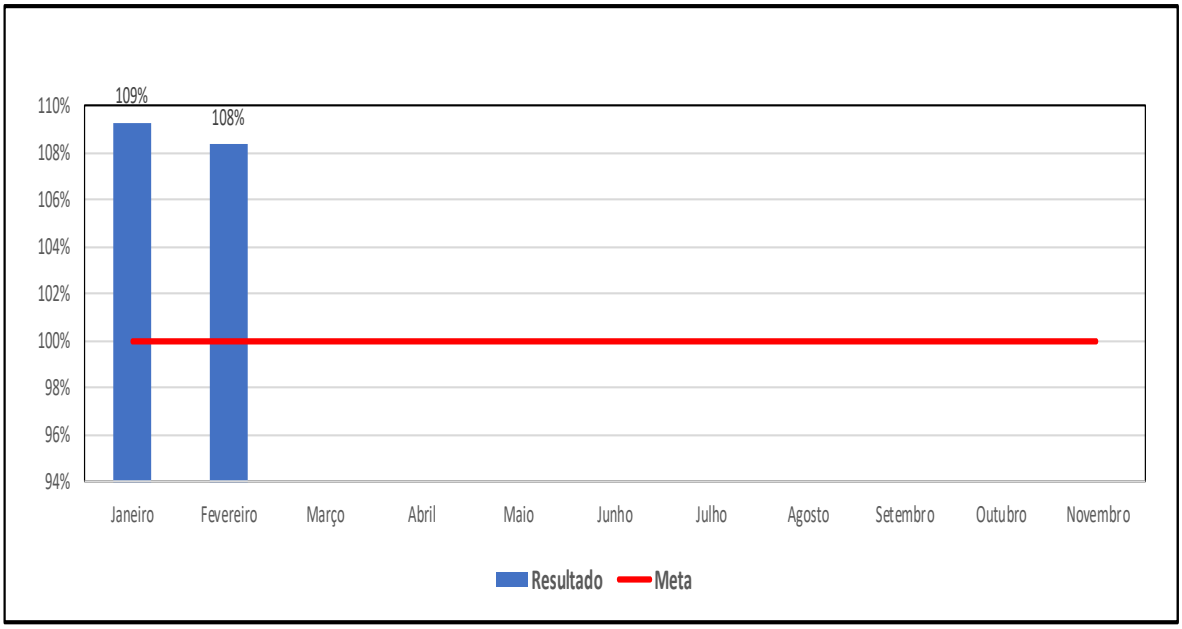
P) Indicador: Regulação do Serviço de apoio diagnóstico terapêutico:

Figura 42. Disponibilizar 100% do SADT externos para a Central de Regulação Ambulatorial, das metas quantitativas do Anexo 2 do edital.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

REGULAÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de vagas de exames disponibilizados	3716	3684									
Nº total de vagas de exames pactuados em Contrato de Gestão	3400	3400									
Resultado	109%	108%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Método de cálculo Contrato de Gestão: vagas disponibilizadas / total de vagas exames pactuados em contrato.

Na competência de 01 à 28 de fevereiro de 2022, foram disponibilizadas 3684 vagas para a realização de exames SADT eletivos, o que equivale a 108% da meta prevista em contrato de gestão.

Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 33_ Planilha de Exames SADT

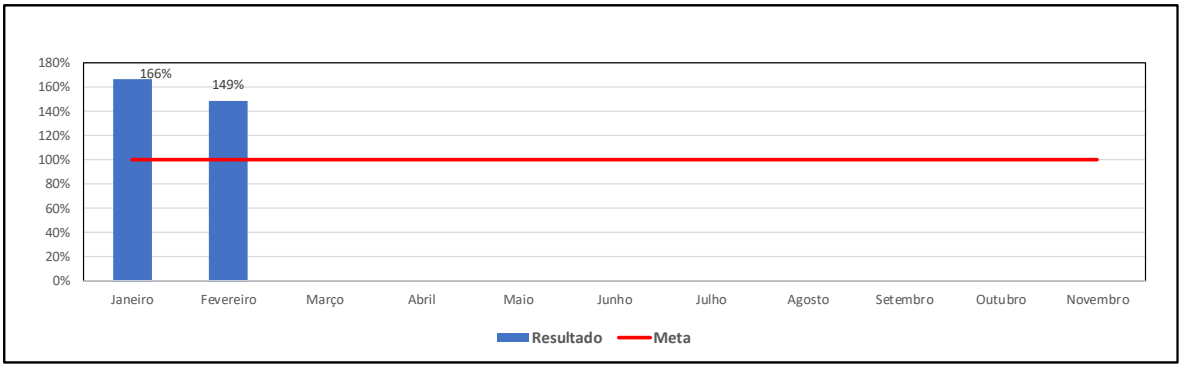
FONTE: PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DE FEVEREIRO/2022 E SISTEMA IPM

Q) Indicador: Regulação das primeiras consultas:

Figura 43. Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, das metas quantitativas do Anexo 2 do edital.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
REGULAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de vagas de primeiras consultas disponibilizados	183	164									
Nº total de vagas de primeiras consultas pactuadas em Contrato de Gestão	110	110									
Resultado	166%	149%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: Nº total de vagas de primeiras consultas disponibilizadas / Nº total de vagas de primeiras consultas pactuadas em contrato
Na competência 01 à 28 de Fevereiro de 2022, foram disponibilizadas 64 primeiras consultas de cardiologia e 100 consultas de Plano de Parto, totalizando 164 primeiras consultas, o que equivale a 149% da meta prevista em contrato de gestão.

FONTE: PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DE FEVEREIRO/2022 E SISTEMA IPM

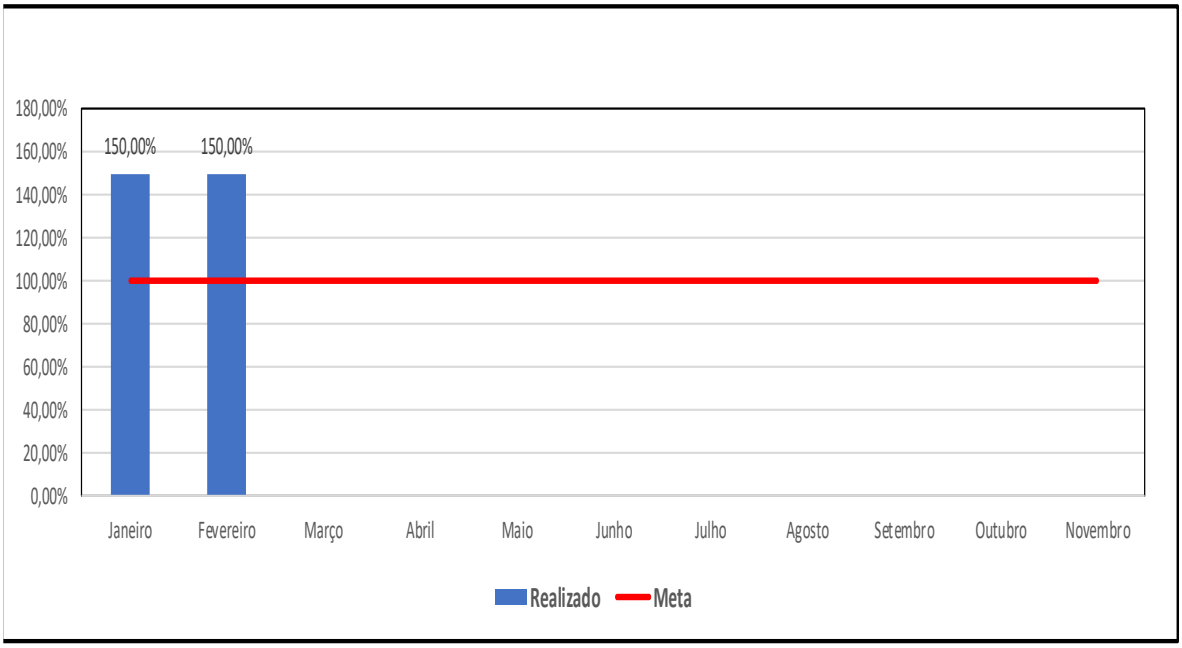
R) Indicador: Informação dos censos da UTI:

Figura 44. Informar o censo das UTI, no mínimo duas vezes ao dia para o departamento de urgência.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

INFORMAÇÕES DE CENSOS DA UTI

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de atualizações diárias do censo da UTI	3	3									
Realizado	150,00%	150,00%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Método de cálculo Contrato de Gestão: Número de atualizações diárias do censo da UTI

Os censos são informados à SMSA 03 vezes ao dia, perfazendo 150%, ficando acima da meta.

FONTE: NIR / censo diário

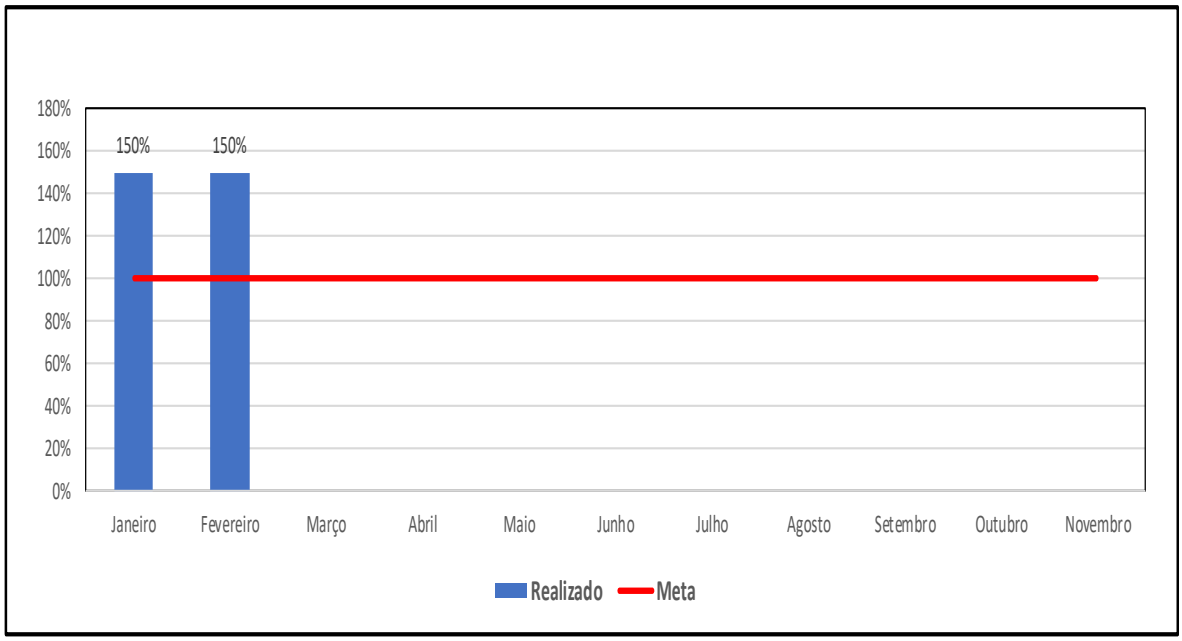
S) Indicador: Informação dos censos do Pronto Socorro:

Figura 45. Informar o censo do Pronto Socorro, no mínimo a cada troca de plantão para o departamento de urgência e núcleo interno de regulação.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

INFORMAÇÕES DE CENSOS DO PRONTO ATENDIMENTO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de atualizações diárias do censo do Pronto Atendimento	3	3									
Realizado	150%	150%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Método de cálculo Contrato de Gestão: Número de atualizações diárias do censo dos Pronto Atendimentos.

Os censos são informados à SMSA 03 vezes ao dia, perfazendo 150%, ficando acima da meta.

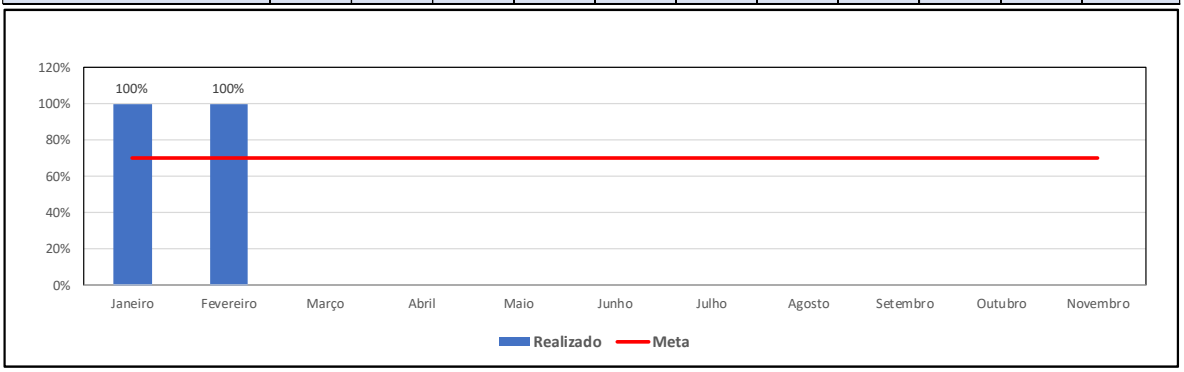
FONTE: Estatistica de Enfermagem

T) Indicador: Qualidade da alta hospitalar:

Figura 46. Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo, 70% (setenta por cento) dos pacientes egressos nas Unidades de Saúde.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
QUALIDADE DA ALTA HOSPITALAR

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de agendamentos de alta referenciada realizado para Unidades de Saúde	15	11									
Nº total de pacientes com necessidade de alta qualificada	15	11									
Realizado	100%	100%									
Meta	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
No período de 01 à 28 de FEVEREIRO, todos os pacientes que necessitaram de continuidade de tratamento pelos demais serviços do munícipio, foram devidamente orientados e receberam os pedidos médicos com os direcionamentos para os respectivos serviços. A manutenção das agendas é realizada pela Central de Regulação do Município.
Para os proximos meses de de 2022, será adotado o fluxo de envio diário da relação das altas que ocorreram no dia anterior ao e-mail da regulação, juntamente com o formulário de orientação de alta devidamente preenchido pelo médico que realizou a alta.

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

Figura 46.1 Lista de pacientes com Alta Referenciada.

Alta Referenciada - Pacientes Internados

Alta Referenciada - Pacientes Internados						
Nome do paciente	Data de Nascimento	Nº de Atendimento	Especialidade	Data da Internação	Data da Alta	ada / Continuidade de Tratamento / Enc
L.F.P	26/11/1945	1154580	ONCOLOGIA	16/02/2022	19/02/2022	VIA UBS
A.M.S	23/04/1939	1146676	PNEUMONIA	26/01/2022	04/02/2022	VIA UBS
A.C.S	28/04/1963	1154295	INSUFICIENCIA RENAL	15/02/2022	22/02/2022	VIA UBS
D.K	06/12/1942	1149628	INSUFICIENCIA CARDIACA	03/02/2022	06/02/2022	VIA UBS
D.P.O	20/04/1958	1151875	NEFROLOGIA	09/02/2022	18/02/2022	VIA UBS
J.A.P	28/12/1958	1151249	CLINICA MEDICA	07/02/2022	13/02/2022	VIA UBS
J.F.S	22/04/1953	1158825	CLINICA MEDICA	25/02/2022	27/02/2022	VIA UBS
L.F.P	26/11/1945	1154580	ONCOLOGIA	16/02/2022	19/02/2022	VIA UBS
N.G.M	28/04/1960	1153088	CLINICA MEDICA	11/02/2022	14/02/2022	VIA UBS
R.O.P.S	25/03/1965	1143947	NEFROLOGIA	20/01/2022	25/02/2022	VIA UBS
V.L.R.F.A	17/01/1952	1151329	CLINICA MEDICA	08/02/2022	14/02/2022	VIA UBS

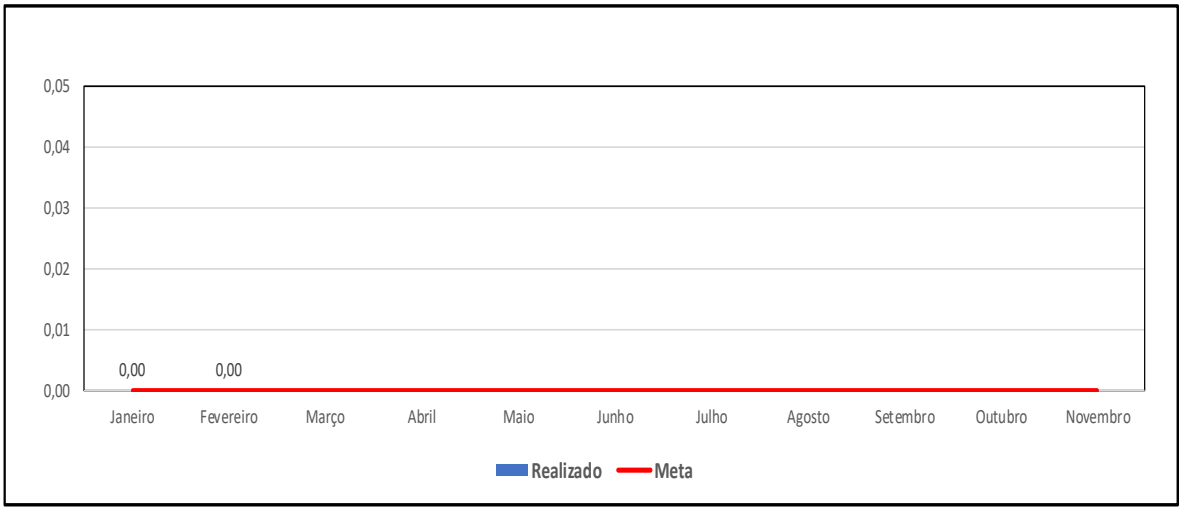
Fonte: Estatística de Enfermagem

Figura 47. Apresentar o número de pacientes classificados com Risco Vermelho/Emergência, readmitidos no período de 48h após o atendimento, com o mesmo CID.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

READMISSÕES COM RISCO VERMELHO/ EMERGÊNCIA < 48 HORAS COM MESMO CID

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de readmissões de pacientes classificados com Risco vermelho/emergência	0	0									
Nº total de pacientes classificados com risco vermelho	17	6									
Realizado	0,00	0,00									
Meta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Método de cálculo Contrato de Gestão: Número de pacientes em retorno de até 48h com o mesmo CID em risco vermelho.

Não houve nenhuma reinternação em até 48 horas de pacientes em risco vermelho.

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

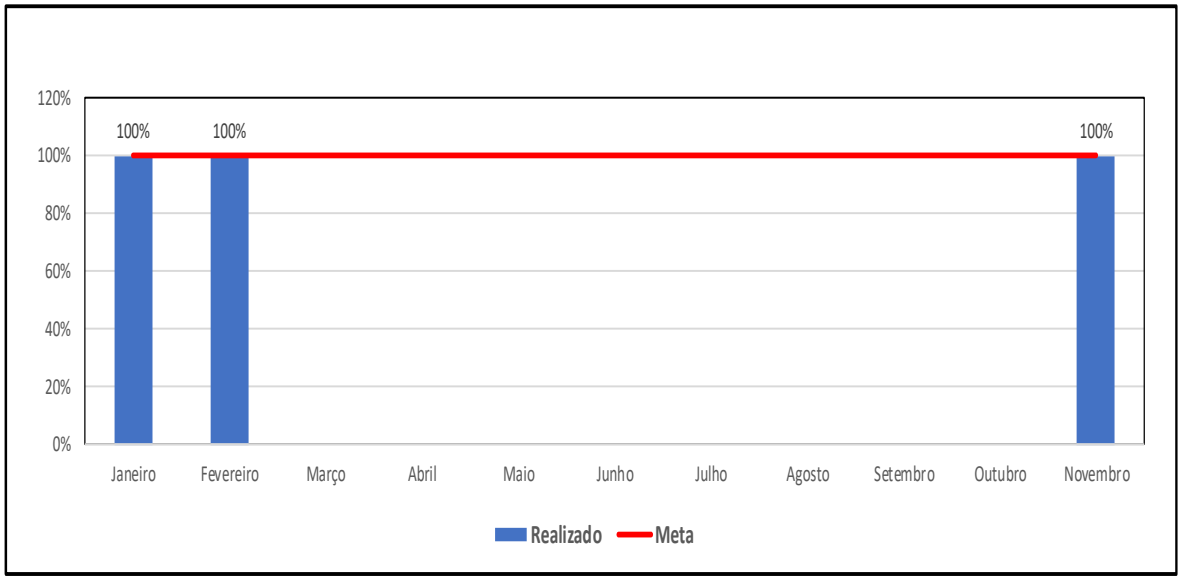
U) Indicador: Percentual de Registro Hospitalar:

Figura 48. Apresentar 100% das AIH's dos internamentos no mês subsequente à ocorrência.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

PERCENTUAL DE REGISTRO HOSPITALAR

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de AIH's apresentadas	524	455									
Realizado	100%	100%									100%
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foram apresentadas 455 AIHs, para 454 saídas hospitalares no mês de fevereiro 2022.

Segue planilha nominal na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, Anexo XVII - C_Anexo 32_Faturamento Fechamento_AIH's FEVEREIRO**

Na sequência apresenta-se o quadro contendo dados relacionados aos desdobramentos das AIHs no mês de fevereiro.

FONTE: Sistema Tasy / SISAIH

Figura 48.1; Observações sobre as AIH's apresentadas

Informações Relacionadas as AIH's			
Observações	Pacientes	Nº Atendimento	Nº AIH
Re-Internações em menos de 72 h, com a mesma patologia.	J.B.E.S	1158781	4122100041785
	D.K	1150963	4122100040014
	P.G.S	1150128	4122100038310
Desdobramentos – Mais de uma conta para o mesmo paciente na mesma internação por motivo de **permanência por mudança de procedimento**	RN.T.R.O.B.N	1124152	4122100035064
Desdobramentos – Mais de uma conta para o mesmo paciente na mesma internação por motivo de **permanência por re-operação.**	R.J.T	1154400	4122100043116
	C.A.A.C	1149124	4122100040432
Encerramento Adminstrativo - pacientes em longa permanência (30 dias).	E.E.A	1138905	4122100043105

FONTE: Sistema Tasy / SISAIH

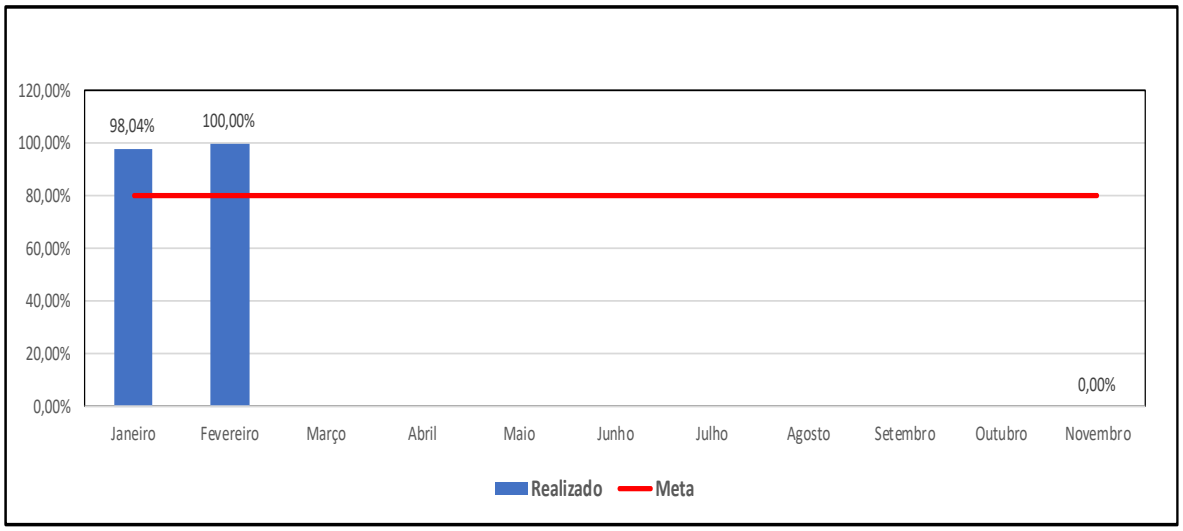
V) Indicador: Manifestações da Ouvidoria:

Figura 49. Garantir o percentual de 80% de respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo conforme Lei Federal.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

MANIFESTAÇÕES DA OUVIDORIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de respostas dadas aos usuários	50	46									
Nº total de manifestações registradas no mês	51	46									
Realizado	98,04%	100,00%									#DIV/0!
Meta	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

Relatório contendo dados analíticos encaminhado em mídia digital, anexo a pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 40_Y-OUVIDORIAS - SAU - ESTATÍSTICA - FEVEREIRO e na pasta Y - Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário.**

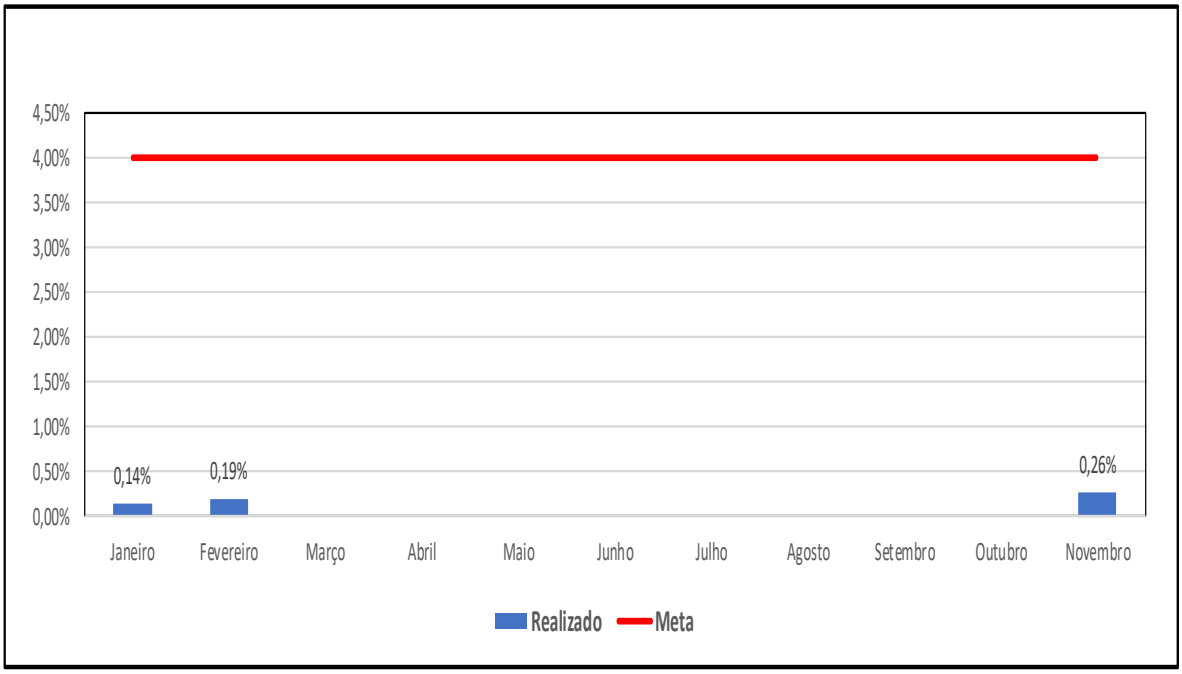
FONTE: Relatório de Ouvidoria e Tasy

Figura 50. Manter o percentual de reclamações de atendimento profissional registradas nas ouvidorias ≤ a 4%.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

MANIFESTAÇÕES DA OUVIDORIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de manifestações registradas no mês	19	20									33
Nº total de pacientes/dia	14053	10616									12785
Realizado	0,14%	0,19%									0,26%
Meta	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

Relatório contendo dados analíticos encaminhado em mídia digital, anexo a pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 40_Y-OUVIDORIAS - SAU - ESTATÍSTICA - FEVEREIRO e na pasta Y - Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário.**

FONTE: Relatório de Ouvidoria e Tasy

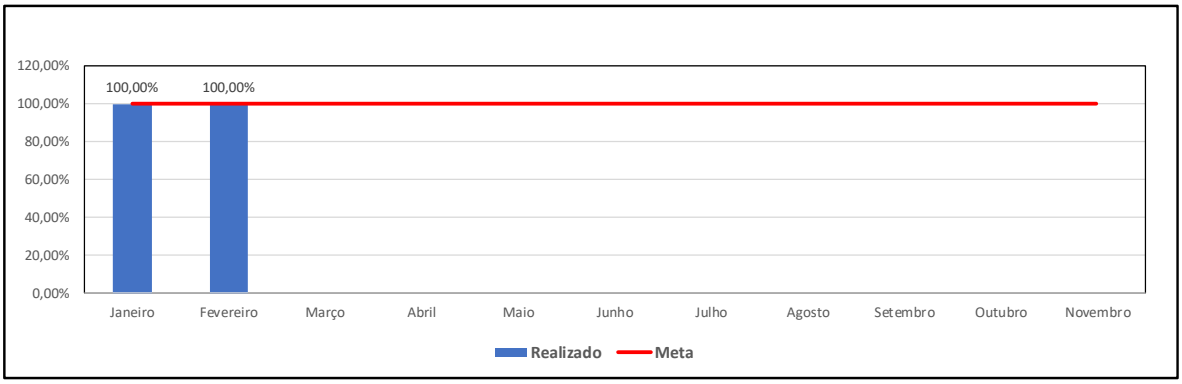
W) Indicador: Atividade das comissões obrigatórias:

Figura 51. Garantir a efetividade das Comissões e Comitês, em conformidade com a Legislação vigente, listados a seguir:

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de reuniões de comissão	15	15									
Nº total de comissões	15	15									
Realizado	100,00%	100,00%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

Além das comissões obrigatórias o HMA também mantém as comissões não previstas no Contrato de Gestão Nº 103/2021, porém seguindo o previsto na legislação, a saber:

***Comissão de Equipe Multi e Terapia Nutricional**

***Comissão Hospital Amigo da Criança**

***Comissão de Controle Hospitalar – SCIH**

Comissões am processo de implantação:

Comitês de Ética de Enfermagem:

O Processo da comissão de ética de enfermagem continua em andamento, sendo que conforme edital e legislação do Coren/ Pr, só será encerrado após dia 1º de abril de 2022. Após a finalização desse processo será implantado a comissão de Ética de Enfermagem.

Comitê de Ética Médica:

Realizada a inscrição do CNPJ da filial de Araucária no CRM/PR, aguardando a aprovação da documentação encaminhada para posteriormente apresentar o regimento clínico interno, e como último passo realizar a abertura de edital para convocação dos membros do comitê de ética médica.

FONTE: Estatistica de Enfermagem. / Nucleo de Gestão de Qualidade

Figura 51.2; Demonstrativo das comissões e as datas das reuniões

	W)	Garantir a efetividade das comissões e comitês, em conformidades com a legislação vigente.	Data da Reunião	Ata	% Realizado da Meta
Atividades Comissões Obrigatórias	51.	Avaliação de Prontuário do Paciente	28/02/2022		100%
		Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	25/02/2022		100%
		Avaliação de Revisão de Óbitos Geral	02/03/2022		100%
		Avaliação de Revisão de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal	02/03/2022		100%
		Gerenciamento de Resíduos	17/03/2022		100%
		Ética Médica e Enfermagem	Análise Crítica na tabela anterior		100%
		Comissão de Padronização de medicação e novas tecnologias	18/02/2022		100%
		Comissão de Cuidados Paliativos	09/02/2022		100%
		Comitê Transfusional	08/02/2022		100%
		Comissão de Proteção Radiológica	17/02/2022		100%
		Comissão de Humanização	10/02/2022		100%
		Núcleo Interno de Regulação de Acesso a qualidade Hospitalar	18/02/2022		100%
		Núcleo de segurança do paciente	28/02/2022		100%
		Núcleo de Educação Permanente	24/02/2022		100%
		Núcleo de Vigilância Epidemiológica	18/02/2022		100%
		Serviço de Atendimento do Usuário	15/02/2022		100%
Atividades comissões obrigatórias por legislação		Comissão de Equipe Multi e Terapia Nutricional	25/02/2022		100%
		Comissão de Controle Hospitalar - SCIH	18/02/2022		100%
		Comissão Hospital Amigo da Criança	10/02/2022		100%

FONTE: TASY/FATURAMENTO/NIR//NUCLEO QUALIDADE

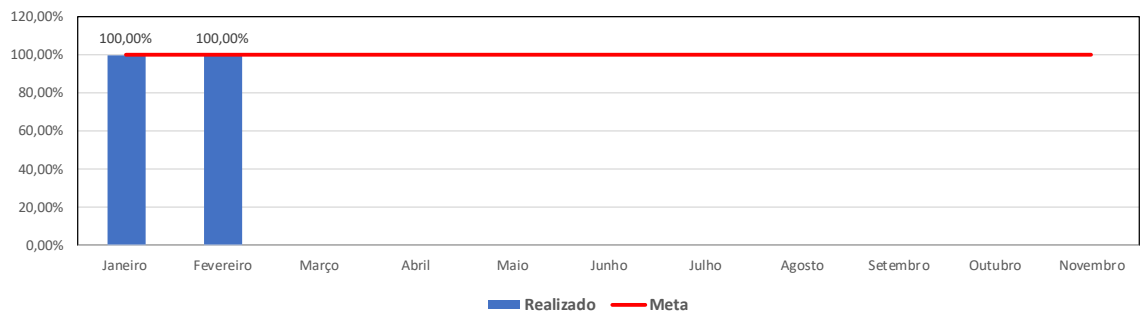
X) Indicador: CNES atualizado.

Figura 52. Manter atualizados os registros de 100% dos profissionais do HMA, na base local do CNES conforme protocolos da SMSA.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

CNES ATUALIZADO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de profissionais HMA	655	577									
Nº total de profissionais HMA com regitro no CNES	704	577									
Realizado	100,00%	100,00%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Informamos que no mês de fevereiro conforme rotina do setor de escalas médicas, faturamento e departamento pessoal realizamos a conferência geral dos cadastros, posteriormente encaminhamos os ofícios para que fossem excluidos 238 profissionais, sendo de profissionais médicos e celetistas, os quais não fazem mais parte do quadro de profissionais ativos no HMA.

Solicitamos também a inclusão de 96 profissionais (médicos e celetistas), a atualização da base de dados do CNES é programada para o mês subsequente, ou seja, ocorrerá entre o dia 01 e 09 de março.

Portando informamos que no dia 28 de fevereiro o total de profissionais constantes na base era de 719, seguimos aguardando atualização por parte do NISA para nova verificação.

Seguem os ofícios na pasta B - RELATÓRIO DA DIRETORIA, RELATÓRIO DE FATOS RELEVANTES, em mídia digital. Segue abaixo a relação dos ofícios encaminhados no mês de fevereiro e início de março.

Ofício ARAU80.2022 - Atualização CNES 5995280 - HMA (Inclusão de laboratório de Cito patologia e Anatomia Patológica e Profissionais na base);
Ofício ARAU89.2022 - Atualização CNES. (Incusão laboratório Prospera e Inclusão de Profissionais na base);
Ofício ARAU91.2022 - Inclusão e Exclusão de Profissiomais da base do CNES.

► 384 colaboradores celetistas na listagem de ativos do departamento pessoal.
Segue em mídia digital:
C_Anexo43_ Listagem de Ativos CNES
C_Anexo 44_Lista de Profissionais Celetistas Ativos

► 193 profissionais autônomos registrados na base e no controle (planilha) do setor de escalas conforme anexo em mídia digital.

Planilha C_Anexo 44_Lista de Profissionais Ativos
A atualização da base do CNES é mensal, sendo possível a inserção de profissionais até o 10º dia de cada mês.

FONTE: RH / Setor de Escalas Médicas / CNES

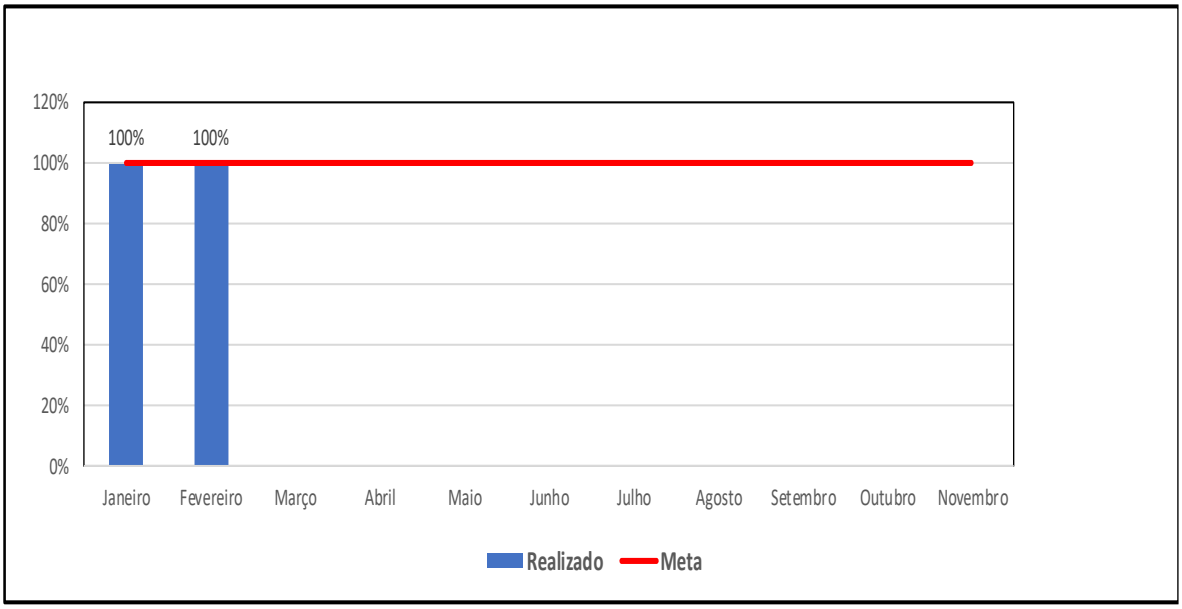
Y) Indicador: Prontuário Eletrônico/Digital preenchido e completo.

Figura 53. Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

PRONTUÁRIOS EVOLUÍDOS EM SISTEMA DE INFORMAÇAO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Realizado	100%	100%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foram abertos 10.652 atendimentos no sistema Tasy, segue relatório anexo em mídia digital na pasta **C - Indicadores Qualitiativos e Quatitativos,** sendo registrados em tempo real conforme parametrização do Tasy cumprindo com o previsto em cada conselho de classe dos profissionais que compõe as equipes de assistência.

C_Anexo 43_Total de atendimentos mês_fevereiro

FONTE: TI / DG-HMA

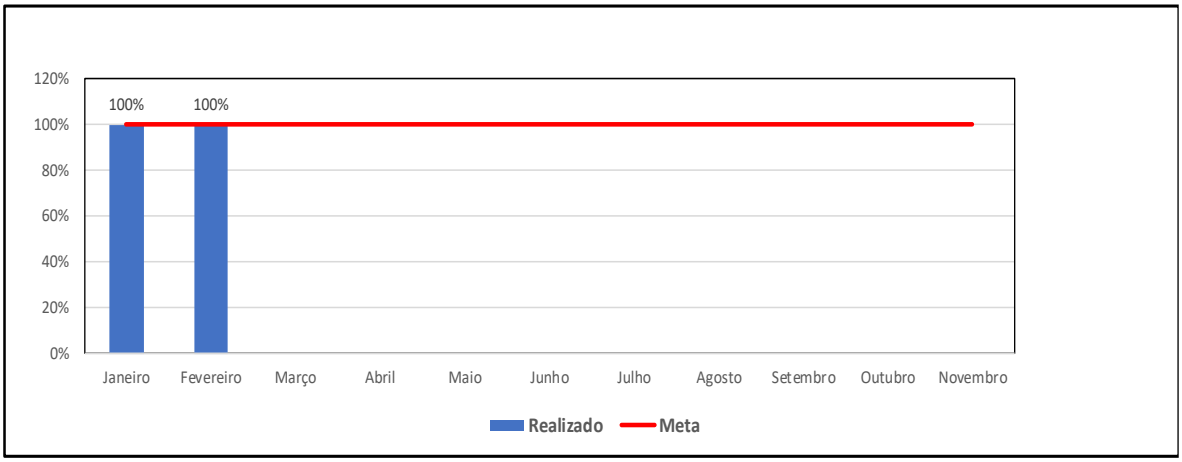
Z) Indicador: Educação permanente.

Figura 54. Realizar ao menos uma (1) capacitação mensal aos funcionários da instituição, com carga horária mínima de 2 horas.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

EDUCAÇÃO PERMANENTE

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Realizado	100%	100%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada -

Realizado o total de 31 treinamentos , contabilizando o total de 30:10 horas, com envolvimento de 239 colaboradores.

Segue o Relatório dos Treinamentos em mídia digital na pasta **C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C - Z - Educação Permanente Anexo C_Z_35.Treinamentos FEVEREIRO**

FONTE:Núcle de Gestão de Qualidade

Figura 54.1; Demonstrativo de treinamentos por assunto e tempo de duração.

TREINAMENTOS FEVEREIRO							
DATA	HORA ENTRADA	HORA SAÍDA	RESPONSÁVEL	ASSUNTO	CARGA HORÁRIA	CLASSIFICAÇÃO	N° DE COLABORADORES
02/fev	16:00	16:40	Maria Aparecida	Visita Multiprofissional	01:00:00	Treinamento	7
08/fev	10:30	11:30	Edna Arantes	Orientação sobre desinfecção, almotolias abertas e Laringas	01:00:00	Treinamento	8
10/fev	14:00	15:00	Maria Aparecida	Vista Multi UTI Neonatal	01:00:00	Treinamento	8
14/fev	16:00	17:00	Maria Aparecida	Vista Multi UTI Neonatal	01:00:00	Treinamento	6
16/fev	14:10	16:00	Rosecleia	Treinamento de dor Torácica	01:10:00	Treinamento	8
16/fev	16:30	17:00	Maria Aparecida	Vista Multi UTI Neonatal	00:30:00	Treinamento	3
17/fev	11:45	12:45	Maria Aparecida	Vista Multi UTI Geral	01:00:00	Treinamento	6
18/fev	-	-	Thayana	Fluxo Triagem	00:30:00	Treinamento	20
19/fev	-	-	Thayana	Fluxo Triagem	00:30:00	Treinamento	20
21/fev	16:10	16:50	Maria Aparecida	Visita Multi UTI Neo	01:00:00	Treinamento	7
22/fev	16:00	17:00	Coordenação de Enfermagem	Passagem de Plantão	01:00:00	Treinamento	4
22/fev	20:00	21h:00	Supervisão de Enfermagem	Tratativa de NC	01:00:00	Treinamento	4
24/fev	-	-	Miqueia	Balanço Hidrico	01:00:00	Treinamento	4
24/fev	9:00	10:00	Rozemilda	Higienização hospitalar manipulação produtos	01:00:00	Treinamento	10
24/fev	10:00	11:00	Rozemilda	Higienização hospitalar manipulação produtos	01:00:00	Treinamento	15
25/fev	-	-	Coordenação de Enfermagem	Balanço Hidrico	01:00:00	Treinamento	4
25/fev	-	-	Coordenação de Enfermagem	Balanço Hidrico	01:00:00	Treinamento	4
25/fev	13:30	16:00	Enfermeiros	Treinamento de dor toracica	02:30:00	Treinamento	5
25/fev	-	-	Enfermeiros	Sequencia de EPI's	01:00:00	Treinamento	4
25/fev	-	-	Enfermeiros	Sequencia de EPI's	01:00:00	Treinamento	6
25/fev	-	-	Enfermeiros	Passagem de Plantão	01:00:00	Treinamento	8
25/fev	-	-	Enfermeiros	Passagem de Plantão	01:00:00	Treinamento	6
26/fev	20:00	21:00	Enf.s Jessica e Mariana	Sequencia de EPI's	01:00:00	Treinamento	4
26/fev	20:00	21:00	Enf.s Jessica e Mariana	Balanço Hidrico	01:00:00	Treinamento	4
26/fev	20:00	21:00	Enf.s Jessica e Mariana	Passagem de Plantão	01:00:00	Treinamento	4
26/fev	20:00	21:00	Enf.s Jessica e Mariana	Administração de Medicamentos	01:00:00	Treinamento	4
27/fev	-	-	Supervisão de Enfermagem	Administração de Medicamentos, passagem de Plantão e sequencia de EPI´s	01:00:00	Treinamento	5
27/fev	22:30	23:00	Supervisão de Enfermagem	Aferição de Glicemia Capilar em RN's	00:30:00	Treinamento	11
27/fev	22:00	22:30	Supervisão de Enfermagem	Balanço Hidrico	00:30:00	Treinamento	4
28/fev	22:00	23:00	Supervisão de Enfermagem	Educação Continuada	01:00:00	Treinamento	8
25 a 27/02/2022	-	-	Supervisão de Enfermagem	Sequência de EPIS 25.02 e 27.03	01:00:00	Treinamento	12
				Total de horas	**30:10:00**	Total de Colaboradores	**223**

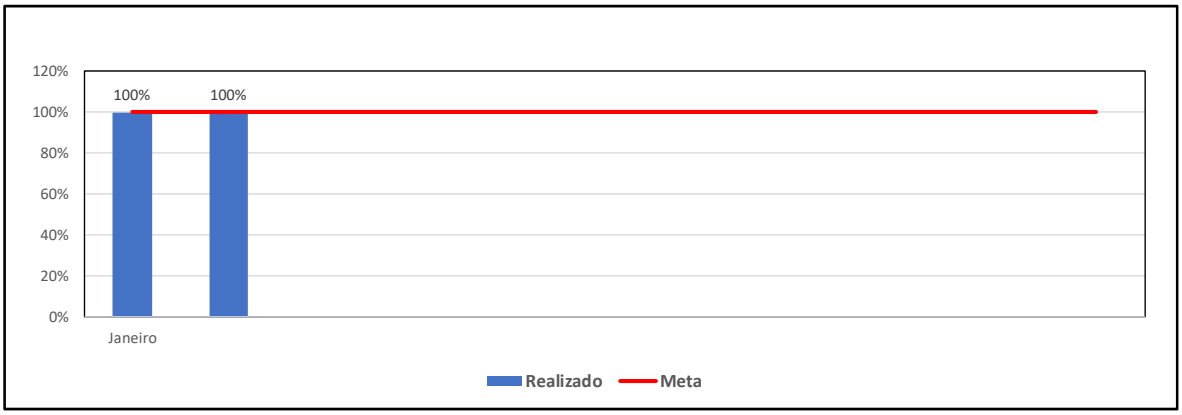
METAS QUANTITATIVAS

A) Indicador: Equipe Médica do HMA

Figura 55. Manter equipe Médica 24hrs no HMA

EQUIPE MÉDICA DO HMA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Total de EQUIPE	100%	100%									
Realizado	100%	100%									
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.
Considera-se meta atingida em 100%, pois houve a manutenção de equipe médica 24 horas por dia de segunda-feira à domingo, durante todo o mês.
Seguem as escalas anexo em mídia digital na pasta C - Indicadores Qualitativos e Quatitativos, subpasta C - Escalas Médicas.

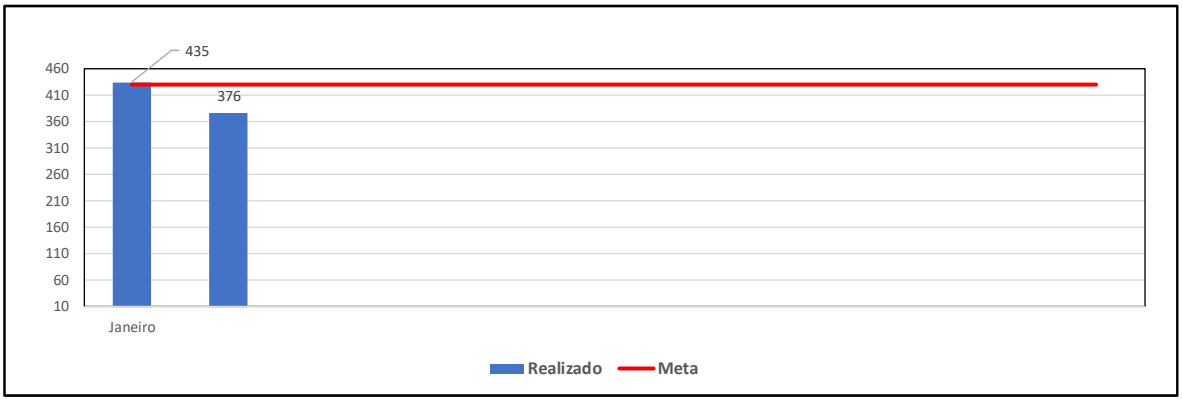
FONTE: Escalas médicas realizadas

B) Indicador: Internamento/Saídas Hospitalares - HMA

Figura 56. Realizar no mínimo 430 saídas hospitalares.

SAÍDAS (EXCETO TRANSFERÊNCIAS INTERNAS)

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de saídas clinicas	280	237									
Nº de saídas cirúrgicas	155	139									
% Total de Saídos	101,16%	87,44%									
Realizado	435	376									
Meta	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Durante o período analisado tivemos 237 saídas hospitalares de atendimentos clínicos (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 139 saídas de pacientes cirúrgicos, de urgência/emergência, perfazendo um total de 376 saídas hospitalares, ficando abaixo da meta de 430 saídas.

Plano de ação: Revisão dos fluxos de ocupação hospitalar.
Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 32_Faturamento Fechamento_AIH's FEVEREIRO.

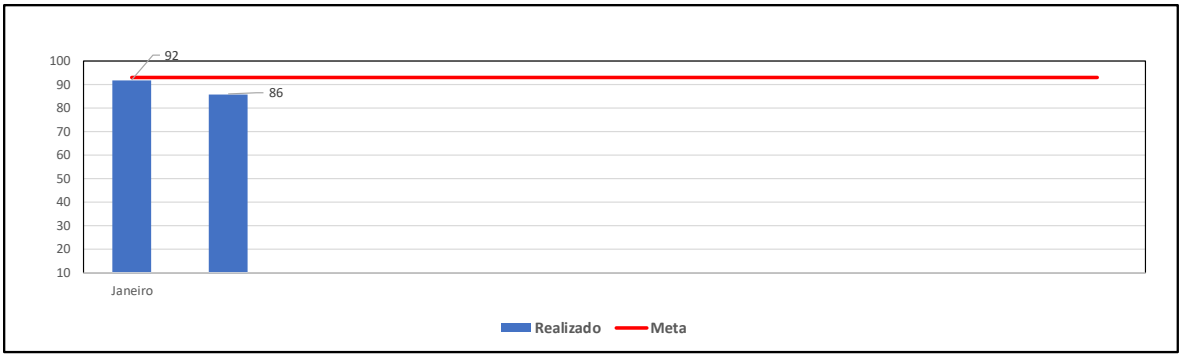
FONTE: Sistema Tasy / NIR / SISAIH

C) Indicador: Cirurgias Eletivas - HMA

Figura 57. Realizar no mínimo 93 Cirurgias eletivas.

CIRURGIAS ELETIVAS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Cirurgia Geral	47	38									
Cirurgia Pediátrica	6	7									
Ginecologia&Obstetrícia	19	15									
Cirurgia Ortopédica (baixa/média complexidade)	14	12									
Cirurgia Ortopédica (alta complexidade)	0	0									
Laqueadura	6	10									
Cirurgia Vascular	0	4									
Realizado	92	86									
Meta	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

Foram realizados 86 procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo, perfazendo um total de 92,47%, abaixo da meta.
Para as especialidades de:
• Cirurgia Otopedia (alta complexidade) → -3
• Cirurgia Vascular → -16
Ocorreu um déficit de 19 cirurgias, sendo parcialmente compensados por 12 cirurgias das especialidades de:
• Cirurgia Geral → +8
• Cirurgia Pediatrica → +2
• Cirurgia Ortopedia (baixa/média complexidade) → +2
Obs: Todos os pacientes receberam alta no período de 01 a 28 de fevereiro de 2022.

Plano de ação: Disponibilizar vagas para consultas ambulatoriais nas especialidades que apresentaram déficit, a fim de dar vasão as demandas cirúrgicas do município.
Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 42_Faturamento_Fechamento Nominais Fevereiro 2022

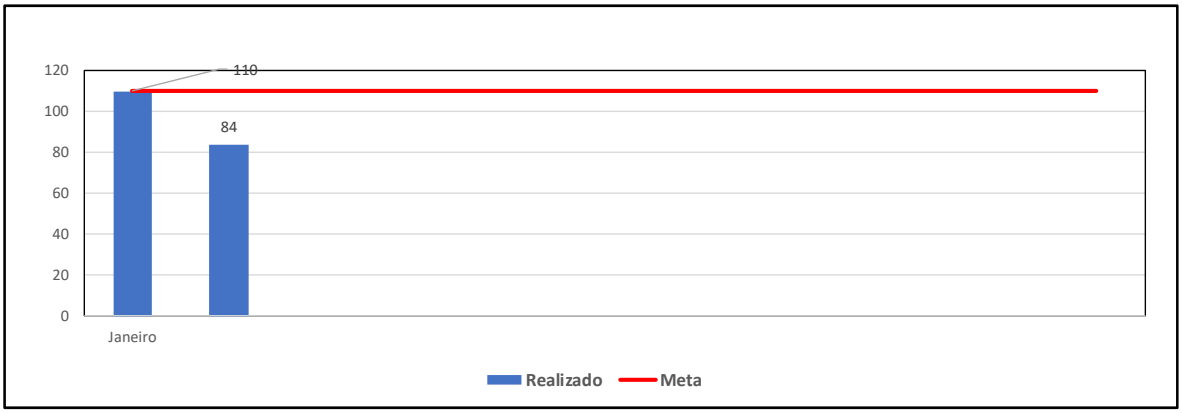
FONTE: Agendamento cirurgico / Sistema Tasy / SISAIH

D) Indicador: Ambulatório - HMA

Figura 58. Realizar no mínimo 110 consultas ambulatoriais.

CONSULTAS ELETIVAS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Cardiologia	36	37									
Plano de Parto	74	47									
Realizado	110	84									
Meta	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
No período de 01 à 28 de fevereiro de 2022, realizamos 37 consultas ambulatoriais de cardiologia e 47 planos de parto, totalizando 84 consultas ambulatoriais, o que equivale a 76% da meta prevista em contrato de gestão. Vale ressaltar que houve 01 perda primária de consultas de Cardiologia e 29 perdas primárias de Planos de Parto, totalizando 30 perdas primárias de consultas ambulatoriais. Com o intuito de atingir a meta, foi solicitada uma agenda extra de 25 pacientes para a realização de Plano de Parto para a Regulação no dia 28/02, porém foram agendados somente 5 pacientes.
Plano de ação: As perdas primárias inviabilizaram o atingimento da meta. Com o objetivo de posicionar a regulação quanto a perda primária, enviaremos semanalmente um memorando para demonstrar as perdas primárias e se há alguma possibilidade de uma agenda complementar para o atingimento a meta. Continuaremos realizando também a ação de ligar para os pacientes faltantes para o reagendamento da consulta.

Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 35_Consultas Ambulatoriais

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

Figura 58.1; Demonstrativo de ofertas, agendamentos e consultas ambulatoriais realizadas (Previstas no Contrato de Gestão).

Consultas Previstas no Contrato de Gestão - 103/2021										Não Previsto em Contrato		
UNIDADE	1ª Consultas META	1ª Consultas OFERTADO	1ª Consultas AGENDADAS	Perdas Primárias	FALTANTES (1ª consulta)	Porcentagem de absenteísmo	1ª Consultas REALIZADAS	% REALIZADO META	% OFERTADO META	Retornos	Consultas Pós Cirurgicas	Total Consultas pós cirúrgicas + retornos REALIZADAS
CARDIOLOGIA	60	64	63	1	26	41%	37	62%	100%	4	0	4
PLANO DE PARTO	50	100	71	29	24	34%	47	94%	100%	0	0	0
TOTAL	110	164	134	30	50	38%	84	78%	100%	4	0	4

Figura 58.2; Demonstrativo de ofertas, agendamentos e consultas ambulatoriais realizadas (NÃO Previstas no Contrato de Gestão).

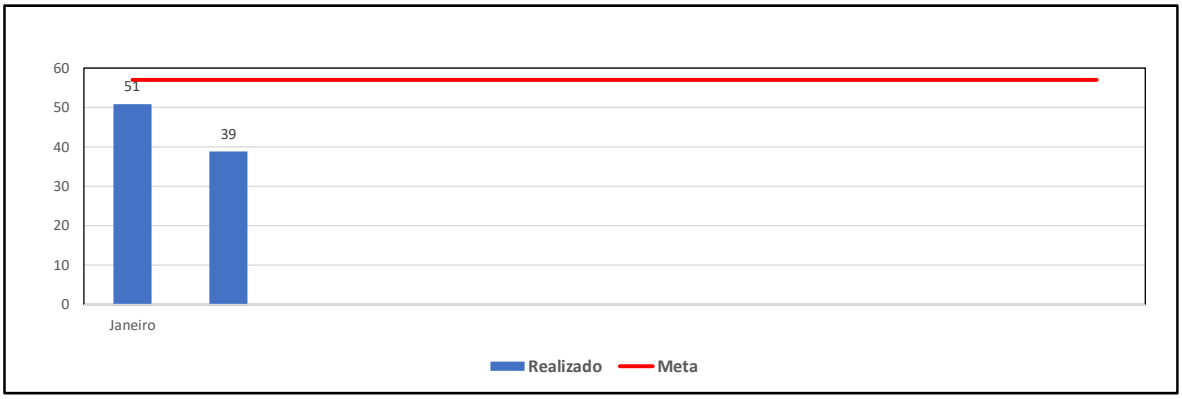
Consultas ambulatoriais eletivas - METAS NÃO PREVISTAS NO CONTRATO DE GESTÃO									
UNIDADE	1ª Consultas Ofertadas	1ª Consultas Agendadas	Faltas Primárias	FALTANTES (1ª consulta)	Porcentagem de absenteísmo	1ª Consultas Realizadas	Retornos	Consultas Pós Cirurgicas	Total Consultas pós cirúrgicas + retornos REALIZADAS
CIRURGIA GERAL	90	90	0	24	27%	64	87	39	126
CIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	0	0%	0	1	6	7
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	48	47	1	10	21%	37	41	25	66
ANESTESISTA	0	0	0	0	0%	0	0	0	0
ORTOPEDIA	95	53	42	14	26%	38	289	27	316
UROLOGIA	15	12	3	3	25%	9	0	0	0
COLETA	0	0	0	0	0%	0	0	0	0
CIRURGIA VASCULAR	56	46	10	12	26%	34	0	0	0
TOTAL	304	248	56	63	25%	182	418	97	515

E) Indicador: Cirurgias Ambulatoriais Eletivas - HMA

Figura 59. Realizar no mínimo 57 Cirurgias Ambulatoriais Eletivas (Porte anestésico zero).

CIRURGIAS AMBULATORIAIS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Vasectomia	10	0									
Cirurgia Ambulatorial	41	39									
Realizado	51	39									
Meta	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
No período de 01 à 28 de fevereiro, foram realizadas 39 Cirurgias Ambulatoriais e nenhuma Vasectomia, devido a desistência do prestador de serviços médicos de urologia que realizava os procedimentos da especialidade. Com este resultado, atingimos 68% da meta preconizada em contrato.
Plano de ação: Devido ao fato de haver pacientes que não eram elegíveis para a realização do procedimento e alguns que já realizaram o procedimento anteriormente (segue em anexo a relação destes pacientes), foi solicitada a abertura de uma agenda excepcional de Cirurgias Ambulatoriais para o atingimento da meta. Porém, não houve tempo hábil para a Regulação providenciar a agenda. Como plano de ação para o mês de março, estamos em processo de autorização juntamente com a Secretaria de Saúde para a realização de cirurgias de varizes ambulatoriais com espuma (escleroterapia com espuma de polidocanol), que além dos benefícios ao paciente, seria contabilizado na meta de cirurgias ambulatoriais mediante a autorização prévia do setor de Auditoria. Também iniciaremos em março o fluxo de pré-consulta de procedimentos ambulatoriais, com o intuito de captar previamente os pacientes eletivos para a realização do procedimento. Com relação as Vasectomias, informo que um novo prestador de serviços médicos de urologia está em processo de credenciamento.

Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 34_Planilha de Cirurgias Ambulatoriais

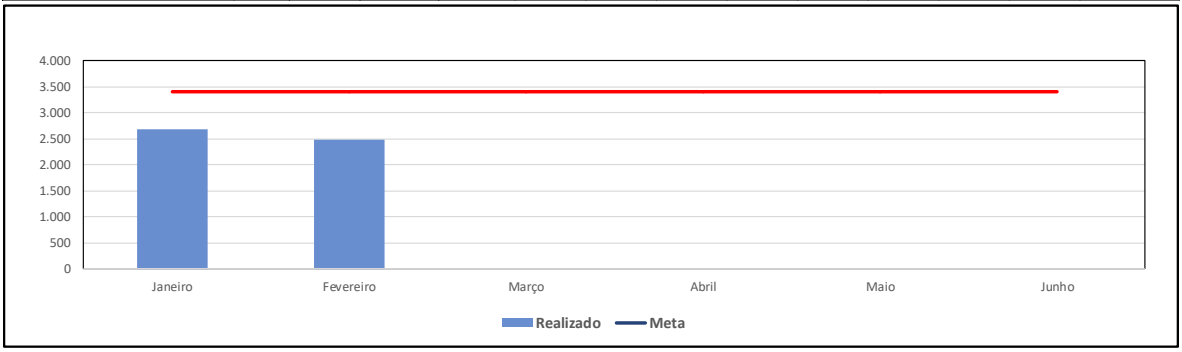
FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

F) Indicador: SADT - Exames Eletivos - HMA

Figura 60.1 Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA.

SADT

MÊS	Meta	Janeiro	%	Fevereiro	%	Março	%	Abril	%	Maio	%	Junho	%
Mamografia	300	298	99,33%	275	91,67%		0%		0%		0%		0,00%
Tomografia com Contraste	15	0	0,00%	**63**	**88,73%**		0%		0%		0%		0,00%
Tomografia sem Contraste	120	157	130,83%				0%		0%		0%		0,00%
Radiodiagnóstico	1500	1112	74,13%	1175	78,33%		0%		0%		0%		0,00%
USG	600	515	85,83%	498	83,00%		0%		0%		0%		0,00%
Ecocardiograma Adulto/Infantil	250	221	88,40%	**136**	**85,00%**		0%		0%		0%		0,00%
Teste Ergométrico	150	38	25,33%	**25**	**80,65%**		0%		0%		0%		0,00%
Eletrocardiograma	200	143	71,50%	164	82,00%		0%		0%		0%		0,00%
Biópsia de Próstata por PAFF	25	17	68,00%	19	76,00%		0%		0%		0%		0,00%
Endoscopia	165	135	81,82%	112	67,88%		0%		0%		0%		0,00%
Colonoscopia / retossigmoidoscopia	75	37	49,33%	**25**	**54,35%**		0%		0%		0%		0,00%
Realizado		2673	70,41%	2492	78,76%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Meta		3400		3400		3400		3400		3400		3400	



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Memória de cálculo: soma de todos os procedimentos realizados dividido pelo total de exames pactuados em contrato.
No período de 01 à 28 de fevereiro de 2022, foram realizados 2492 exames de SADT, que correspondem em média a 73,29% da meta proporcional.

Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 33_ Planilha de Exames SADT

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY.

Figura 60.2 Análise crítica: exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA.

Análise crítica sobre os exames que não atingiram a meta:

Tomografia com contraste: Os pacientes agendados para a realização de tomografia com contraste realizaram o exame sem contraste devido a conduta médica.
Tomografia sem contraste: Foram ofertadas 140 vagas para a realização de tomografia sem contraste, porém, foram agendados apenas 53 pacientes, totalizando 87 perdas primárias. Com a realização de exames da competência anterior, totalizamos 63 exames realizados.
Plano de ação: As perdas primárias inviabilizaram o atingimento da meta. Com o objetivo de posicionar a regulação quanto a perda primária, enviaremos semanalmente um memorando para demonstrar as perdas primárias e para verificar se há alguma possibilidade de uma agenda complementar para o atingimento da meta.
Ressaltamos que a SCMC disponibilizou infraestrutura e equipe de profissionais, bem como todos os recursos necessários para realizar o quantitativo dos exames disponibilizados. Portanto confome previsto no Contrato de Gestão, das metas quantitativas - indicador F) SADT exames eletivos - item 6. - subitem e:

Devido a falta de demanda (identificada como perda primária na figura 60.3) o cálculo utilizado para obter o percentual da meta foi:
Nº total de exames realizados, divididos pelo nº total de agendamentos realizados pela CR, vezes 100.
63/71*100 = 88,73%

Ecocardiograma adulto/infantil: Foram ofertadas 276 vagas para a realização de Ecocardiogramas adulto e infantil , porém, foram agendados apenas 160 pacientes, totalizando 116 perdas primárias. Com a realização de exames da competência anterior, totalizamos 136 exames realizados.
Plano de ação: As perdas primárias inviabilizaram o atingimento da meta. Com o objetivo de posicionar a regulação quanto a perda primária, enviaremos semanalmente um memorando para demonstrar as perdas primárias e verificar se há alguma possibilidade de uma agenda complementar para o atingimento da meta.
Ressaltamos que a SCMC disponibilizou infraestrutura e equipe de profissionais, bem como todos os recursos necessários para realizar o quantitativo dos exames disponibilizados. Portanto confome previsto no Contrato de Gestão, das metas quantitativas - indicador F) SADT exames eletivos - item 6. - sub-item e:

Devido a falta de demanda (identificada como perda primária na figura 60.3) o cálculo utilizado para obter o percentual da meta foi:
Nº total de exames realizados, divididos pelo nº total de agendamentos realizados pela CR, vezes 100.
136/160*100 = 85,00%

Teste Ergométrico: Foram ofertadas 176 vagas para a realização de Testes Ergométricos , porém, foram agendados apenas 31 pacientes, totalizando 116 perdas primárias. Com a realização de exames da competência anterior, totalizamos 25 exames realizados.
Plano de ação: As perdas primárias inviabilizaram o atingimento da meta. Com o objetivo de posicionar a regulação quanto a perda primária, enviaremos semanalmente um memorando para demonstrar as perdas primárias e verificar se há alguma possibilidade de uma agenda complementar para o atingimento da meta.
Ressaltamos que a SCMC disponibilizou infraestrutura e equipe de profissionais, bem como todos os recursos necessários para realizar o quantitativo dos exames disponibilizados. Portanto confome previsto no Contrato de Gestão, das metas quantitativas - indicador F) SADT exames eletivos - item 6. - sub-item e:

Devido a falta de demanda (identificada como perda primária na figura 60.3) o cálculo utilizado para obter o percentual da meta foi:
Nº total de exames realizados, divididos pelo nº total de agendamentos realizados pela CR, vezes 100.
31/25*100 = 80,65%

Endoscopia: Devido a uma avaria no aparelho de realização do exame (Endoscópio) no final do mês, duas agendas tiveram que ser canceladas e inviabilizaram o atingimento da meta.
Plano de ação: Os pacientes serão reagendados para a realização do exame na competência de março.

Colonoscopia / Retossigmoidoscopia: Foram ofertadas 80 vagas para a realização de Colonoscopias e Retossigmoidoscopias , porém, foram agendados apenas 46 pacientes, totalizando 34 perdas primárias. Com a realização de exames da competência anterior, totalizamos 25 exames realizados.
Plano de ação: As perdas primárias inviabilizaram o atingimento da meta. Com o objetivo de posicionar a regulação quanto a perda primária, enviaremos semanalmente um memorando para demonstrar as perdas primárias e verificar se há alguma possibilidade de uma agenda complementar para o atingimento a meta.
Ressaltamos que a SCMC disponibilizou infraestrutura e equipe de profissionais, bem como todos os recursos necessários para realizar o quantitativo dos exames disponibilizados. Portanto confome previsto no Contrato de Gestão, das metas quantitativas - indicador F) SADT exames eletivos - item 6. - subitem e:

Devido a falta de demanda (identificada como perda primária na figura 60.3) o cálculo utilizado para obter o percentual da meta foi:
Nº total de exames realizados, divididos pelo nº total de agendamentos realizados pela CR, vezes 100.
25/46*100 = 54,35 %

Figura 60.3; Demonstrativo de ofertas, agendamentos e exames externos realizados

SMS

UNIDADE	META EXAMES	OFERTAS PACIENTES	%OFERTADO DA META	PACIENTES AGENDADOS NA COMPETÊNCIA ATUAL	PERDA PRIMÁRIA	PACIENTES REAGENDADOS DAS COMPETÊNCIAS ANTERIORES	TOTAL DE PACIENTES AGENDADOS	EXAMES REALIZADOS AGENDAMENTOS COMPETÊNCIA ATUAL	EXAMES REALIZADOS DE REAGENDAMENTOS COMPETÊNCIAS ANTERIORES	QUANTIDADE DE EXAMES REALIZADOS	TOTAL PACIENTES FALTOSOS	PERCENTUAL DE ABSENTEÍSMO	PACIENTES CANCELADOS	%REALIZADO META
COLONOSCOPIA/ RETOSSIGMOIDOSCOPIA	75	80	**106,67%**	46	34	2	48	23	2	**25**	13	27,08%	10	**54,35%**
ENDOSCOPIA	165	179	**108,48%**	168	11	3	171	109	3	**112**	38	22,22%	21	**67,88%**
MAMOGRAFIA	300	323	**107,67%**	314	9	12	326	263	12	**275**	45	13,80%	6	**91,67%**
TOMOGRAFIA S/ CONTRASTE	120	140	**116,67%**	53	87	6	59	57	6	**63**	8	13,56%	0	**88,73%**
TOMOGRAFIA C/ CONTRASTE	15	18	**120,00%**	18	0	0	18	0	0	**0**	6	0,00%	0	
RADIODIAGNÓSTICO POR EXAME	1500	1604	**106,93%**	1559	45	11	1570	1164	11	**1175**	395	25,16%	0	**78,33%**
ULTRASSONOGRAFIA	600	618	**103,00%**	600	18	42	642	456	42	**498**	90	14,02%	54	**83,00%**
ECOCARDIOGRAMA ADULTO E INFANTIL	250	276	**110,40%**	160	116	2	162	134	2	**136**	26	16,05%	0	**85,00%**
TESTE ERGOMÉTRICO	150	176	**117,33%**	31	145	1	32	24	1	**25**	7	21,88%	0	**80,65%**
ELETROCARDIOGRAMA	200	230	**115,00%**	228	2	3	231	161	3	**164**	67	29,00%	0	**82,00%**
BIÓPSIA DE PRÓSTATA POR PAAF	25	40	**160,00%**	36	4	36	19	19	0	**19**	12	63,16%	5	**76,00%**
TOTAL	**3400**	**3684**	**115,65%**	**3213**	**471**	**118**	**3278**	**2410**	**82**	**2492**	**707**	**21,57%**	**96**	**78,76%**